



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**  
**ENFERMAGEM**

LIZANDRA COSTA

**TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL DA REGIÃO CENTRO-  
OESTE DO BRASIL: um recorte dos últimos cinco anos**

**GOIÂNIA**  
**2021**

**Lizandra Costa**

**TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL DA REGIÃO CENTRO-  
OESTE DO BRASIL: um recorte dos últimos cinco anos**

Trabalho de Conclusão do Curso, da Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Curso de Enfermagem, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIÁS).

Profa. Orientadora: Dra. RAYANA GOMES DE OLIVEIRA LORETO.

**GOIÂNIA**

**2021**

À minha mãe querida, que sempre me incentivou e lutou para que eu estudasse e não desistisse dos meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade e benção de chegar até aqui. Só Ele sabe os percalços do caminho, pela vida, pela provisão e sustento.

À minha família, aqueles que de fato o são, presentes e solícitos, maiores incentivadores e apoiadores, conforto e abrigo, sou muito grata a vocês, minha força para ir mais longe e ser melhor a cada dia.

Ao meu irmão do coração, Gabriel, pelos quase 11 anos de amizade, cumplicidade, amor, dedicação, lágrimas e sorrisos. Obrigada por me amar, por sempre enxergar minha melhor versão e perdoar minhas ausências.

Às minhas amigas queridas que a graduação trouxe, com vocês, a jornada foi mais leve e fácil de percorrer. Obrigada pela parceria, pelas noites de batata frita na Praça Universitária, pelos trabalhos realizados juntas, pelas saídas após as aulas, pelo ombro amigo, os conselhos e por não terem soltado a minha mão. Amo vocês, meninas.

Aos meus amigos de perto e de longe, em especial a Elis, que sempre me incentivou a não desistir, pela admiração e companheirismo.

À minha querida professora e orientadora Rayana, que com leveza, sensibilidade, respeito e empatia conduziu-me a construção desse trabalho, acreditando em mim e em meu potencial de ir mais longe, quando nem eu mesmo acreditei. Sou grata a Deus por sua vida!

Às minhas professoras que tanto me apoiou, Lorena Linda e Damiana, vocês me ensinaram muito sobre resiliência, fé, alegria, força e determinação. Obrigada pelos conselhos, pelo carinho e preocupação.

À professora Mariusa, que um dia me disse palavras das quais guardo até hoje e enxergou em mim alguém que eu ainda não havia percebido. Suas palavras me incentivaram a continuar.

A todos que durante esses anos contribuíram de forma direta e indireta com a minha formação, desde as meninas da secretaria e da CAE, que sempre se esforçaram para me ajudar.

A mim, por não ter desistido, por ter perseverado e acreditado nos meus objetivos.

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.*

*Madre Teresa de Calcutá*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Mortalidade Perinatal abrange os óbitos que ocorrem a partir da 22ª semana de gestação e se estendem até o sexto dia vida completo do recém-nascido e são ocasionadas por causas potencialmente evitáveis. A taxa de mortalidade perinatal é um importante indicador da qualidade da assistência obstétrica e neonatal prestada, por isso é importante para a redução e prevenção da mortalidade perinatal.

**OBJETIVO:** Calcular as taxas de mortalidade perinatal da região centro-oeste do Brasil, de 2015 a 2019 e analisar os componentes fetal e neonatal precoce. **MÉTODO:** trata-se de um estudo transversal retrospectivo. Os dados foram obtidos através de base de dados secundários, SIM e SINASC, disponibilizados no DATASUS.

**RESULTADOS:** As maiores taxas de mortalidade perinatal encontradas no período em Goiás, Distrito-Federal, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul foram de 10,70/1000, 11,05/1000, 11,78/1000 e 12,47/1000, respectivamente. Os resultados encontrados mostram-se relativamente baixos para a região centro-oeste, entretanto, podem ser reduzíveis com ações de assistência qualificada e preventiva. **CONCLUSÃO:** os estudos relacionados a mortalidade perinatal são escassos e desatualizados, assim como os protocolos e diretrizes. O enfermeiro é um importante profissional para identificar, prevenir e intervir para redução dessas mortes, entretanto, os fatores que refletem nos desfechos, perpassam os fatores biológicos e assistenciais, apontando para a necessidade de haver mais estudos relacionados ao tema.

**Palavras-chave:** enfermagem; mortalidade perinatal; óbitos neonatais precoces; óbitos fetais.

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2. OBJETIVO</b> .....	10
<b>3. MÉTODO</b> .....	11
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	13
<b>4.1</b> Taxas de Mortalidade Perinatal da região centro-oeste do Brasil .....	13
<b>4.2</b> Análise dos componentes de óbito fetal e neonatal precoce da região centro-oeste do Brasil .....	16
<b>4.3</b> Ações de enfermagem esperadas para redução e/ou controle das Taxas de Mortalidade Perinatal .....	19
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	21
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	23

## 1. INTRODUÇÃO

A Mortalidade Perinatal vem sendo utilizado como um importante indicador de acesso e qualidade de saúde, visto que através dele, podemos analisar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal e identificar fatores que possam reduzir suas ocorrências, considerando que os óbitos que acontecem no período perinatal muitas vezes são de causas que podem ser evitadas quando prestado uma assistência de qualidade e de acessibilidade. Para além disto, também é possível identificar circunstâncias associadas a desigualdade, desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2009).

O Período Perinatal inicia-se a partir das 22 semanas completas de gestação e se estende até o sexto dia de vida após o nascimento, como informado pelo Ministério da Saúde (2009) através da Portaria Nº 72 de 11 de janeiro de 2010. Para tanto, utiliza-se os dados obtidos dos óbitos fetais que são aqueles que ocorrem a partir de 154 dias, ou a partir de 22 semanas de gestação, ou de fetos com estatura mínima de 25cm com peso igual ou superior a 500 gramas e, óbitos neonatais precoces, que são aqueles que ocorrem na primeira semana de vida, entre 0 e 6 dias completos (BRASIL, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2009) informa que os dados encontrados sobre os óbitos fetais não são concretos devido à baixa notificação dos casos, informações incompletas nas Declarações de Óbitos sobre a duração da gestação, poucos estudos, pesquisas e análises estatísticas e literatura do país, caracterizando a qualidade insuficiente de informações, pouco interesse em ações de prevenção ofertados pelos serviços de saúde, causas não definidas, diferenças na definição do período perinatal anterior informada no CID-9, que considerava o óbito fetal a partir 28 semanas de gestação e dificuldade de suputar a baixa numeração de óbitos fetais.

A subnotificação de óbitos fetais, é um obstáculo ainda a ser enfrentado no Brasil, haja vista que o não registro das declarações de óbitos em cartório, muitas vezes evidenciada pelo acesso dificultoso pela desinformação, conhecimento ineficiente sobre a relevância da declaração de Óbito e cemitérios irregulares, põem em risco a verdadeira dimensão da ocorrência de óbitos perinatais e o reconhecimento das práticas em saúde que possam reduzir essa taxa de mortalidade. Como

consequência, a compreensão das causas, os problemas, as ações que possam prevenir os óbitos perinatais de causas evitáveis tornam-se inalcançáveis e, assim, faltam-nos estratégias para reduzir a mortalidade perinatal (BRASIL, 2009).

As mortalidades fetais e neonatais precoces, possuem a mesma etiologia e circunstâncias, das quais refletem no fim da gestação para o feto e para a criança na primeira semana de vida, sendo assim as principais causas estando relacionadas aos mesmos fatores (MS, 2009). As principais causas potencialmente preveníveis identificadas são a prematuridade, infecções, causas mal definidas, má formação congênita, asfixia/hipóxia, fatores maternos e relacionados a gravidez e afecções respiratórias do recém-nascido (FRANÇA; LANSKY *et al*, 2009).

A qualidade das informações solicitadas nas Declarações de Óbitos (DO), bem como a omissão de informações de importância como o peso ao nascer, duração da gestação, causas não investigadas, o momento da ocorrência do óbito em relação ao parto, se antes ou durante caracterizam diferentes condutas a serem realizadas e analisadas, refletindo na sensibilidade do indicador de mortalidade perinatal (LANSKY *et al*, 2002).

Os dados obtidos dos óbitos ocorridos no período perinatal, têm-se o coeficiente de Mortalidade Perinatal que é determinado dentro de um período de uma localidade por mil nascidos vivos. Esta taxa considera o risco de um feto nascer sem sinais de vida ou morrer na primeira semana após o nascimento. É capaz de demonstrar o acesso ao serviço de saúde, a qualidade da assistência prestada no pré-natal, parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2009).

Compreendendo a magnitude do problema que o óbito perinatal causa na família, nos profissionais e o impacto que a subnotificação traz, partimos da seguinte pergunta de pesquisa: quais as taxas de mortalidade perinatal em uma região central do Brasil?

Neste sentido, entende-se que a taxa de mortalidade perinatal é um importante indicador da qualidade dos serviços de assistência em saúde ofertados no pré-natal, parto e ao recém-nascido por ser capaz de identificar desigualdades sociais ao acesso à saúde, sabemos que os dados epidemiológicos são falhos e escassos (BRASIL, 2009), por isso, faz-se necessário mensurar as taxas referente a mortalidade perinatal,

visto que esse assunto é de grande impacto na sociedade e configura um importante problema de saúde pública.

## **2. OBJETIVO**

- Calcular as Taxas de Mortalidade Perinatal da região centro-oeste do Brasil;
- Analisar as Taxas/componentes do óbito fetal e neonatal precoce da região centro-oeste do Brasil;
- Elaborar ações de enfermagem para redução e/ou controle das Taxas de Mortalidade Perinatal.

### 3. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo que consiste em realizar análises de determinado período passado num único momento (HULLEY *et al*, 2015).

Os dados foram obtidos por meio de consulta ao Banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Optou-se por analisar os dados dos últimos cinco anos, até 2019, último ano em que constavam dados completos.

Foram incluídos no estudo fetos que vieram a óbito a partir de 22 semanas de gestação antes do nascimento (óbitos fetais) e óbitos ocorridos no período neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida), de gravidez única de mulheres residentes na região Centro-Oeste do Brasil. Os dados referentes aos nascidos vivos foram obtidos através do filtro do SINASC e os óbitos fetais e infantis foram obtidos através do SIM.

As variáveis foram: gravidez única de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, escolaridade materna até 12 anos e mais, duração da gestação igual ou maior que 22 semanas, tipo de parto vaginais e cesáreos ocorridos em hospitais e peso ao nascer igual ou maior que 500g.

Foram excluídos do estudo tipo de gravidez dupla, tripla e mais, ocorrência de partos em vias públicas, outros estabelecimentos de saúde e domicílio. E dados incompletos (escolaridade maior que o 1º grau).

Para o cálculo, foi considerada a Taxa de Mortalidade Perinatal (TMP), na qual somamos os óbitos fetais e os óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, dividido pelo número total de nascidos vivos mais o total de óbitos fetais, multiplicado por mil. O cálculo e análise dos dados foram conduzidas em planilha eletrônica usando programa da Microsoft Office Excel®, versão 2010, e com conferência em calculadora simples. As taxas foram calculadas no mês de julho de 2021.

Este trabalho não precisou ser submetido ao comitê de ética em pesquisa da PUC-Goiás por realizar a busca de dados secundários, em base epidemiológica de acesso nacional, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

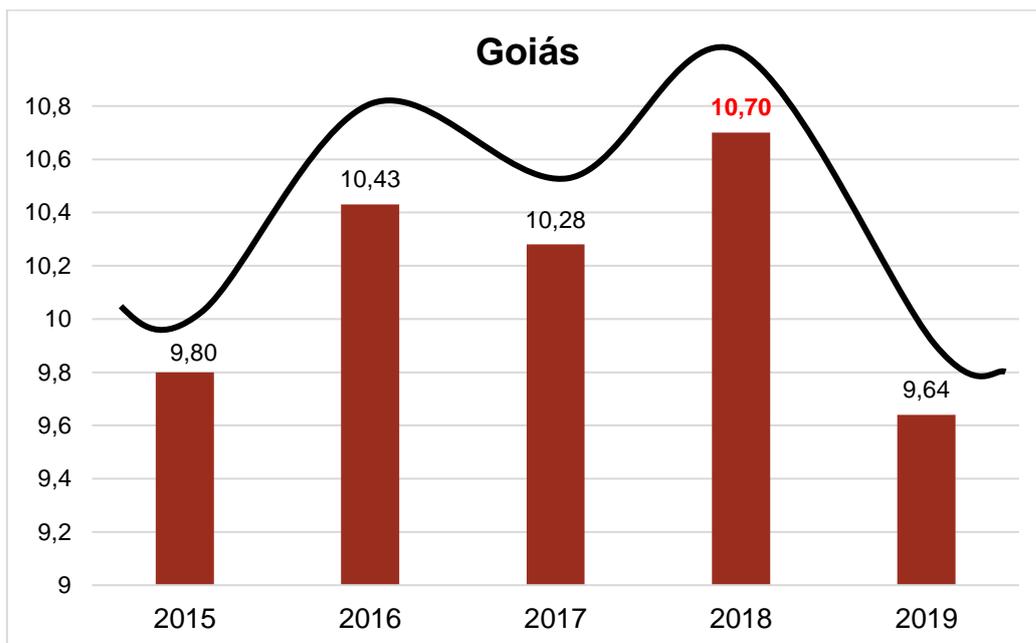
## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Taxas de Mortalidade Perinatal da região centro-oeste do Brasil

A taxas de mortalidade perinatal foram divididas entre os estados que compõem a região centro-oeste, que são: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito federal.

No estado de Goiás, as taxas de mortalidade perinatal atingiram o ápice no ano de 2018, com 10,70, e as taxas mais baixas foram encontradas nos anos de 2015 e 2019. Essas taxas sofreram uma alteração de ascendência e descendência nos últimos cinco anos, conforme gráfico 1.

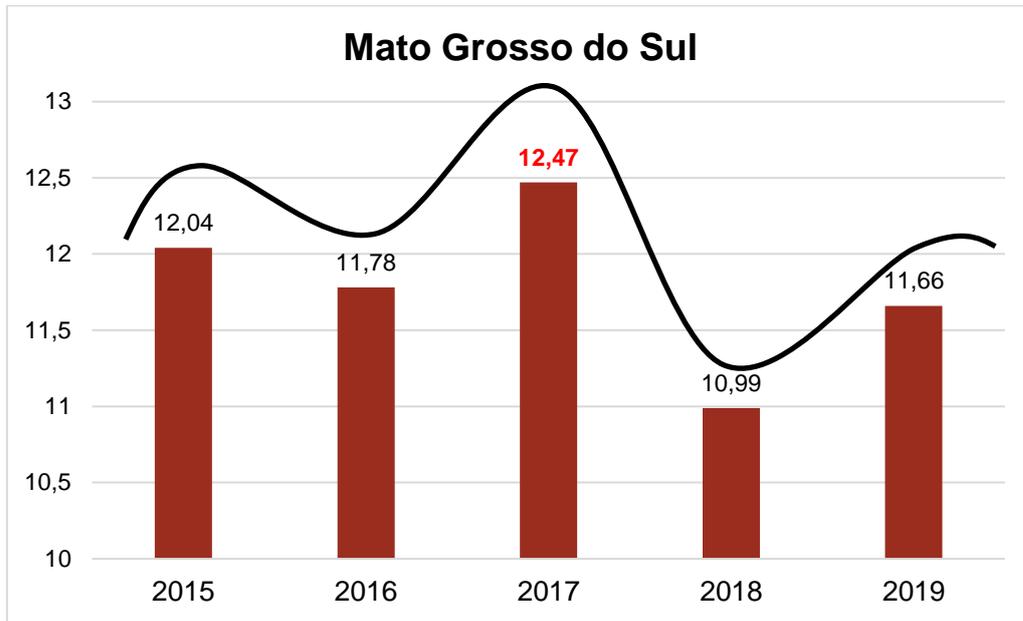
**Gráfico 1** - Taxa de Mortalidade Perinatal Estado de Goiás, de 2015 a 2019.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras, 2021.

No estado de Mato Grosso do Sul, a maior Taxa de Mortalidade Perinatal apresentada foi de 12,47 em 2017 e a menor taxa encontrada foi correspondente a 2018, sendo 10,99. Assim como em Goiás, observou-se alterações de ascendência e descendência, conforme gráfico 2.

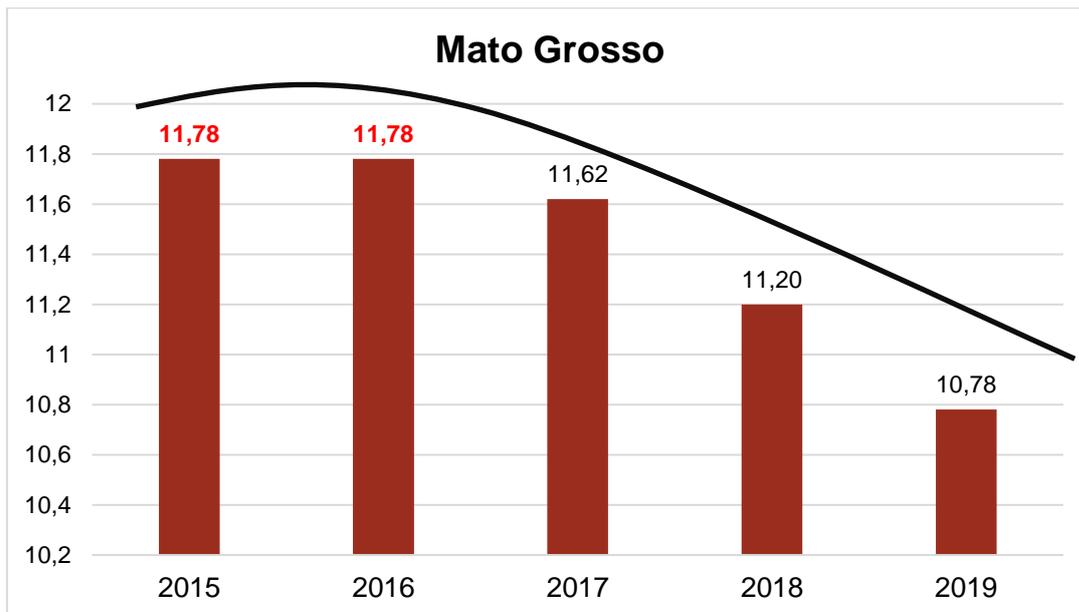
**Gráfico 2 - Taxa de Mortalidade Perinatal Estado Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2019.**



**Fonte:** Elaborado pelas autoras, 2021.

Já no estado de Mato Grosso, observou-se estabilidade nos primeiros dois anos analisados, sendo estes a maior taxa de mortalidade perinatal encontrada de 11,78. A menor taxa encontrada foi em 2019, sendo 10,78. É possível observar importante declínio após o período de estabilidade, conforme o gráfico 3.

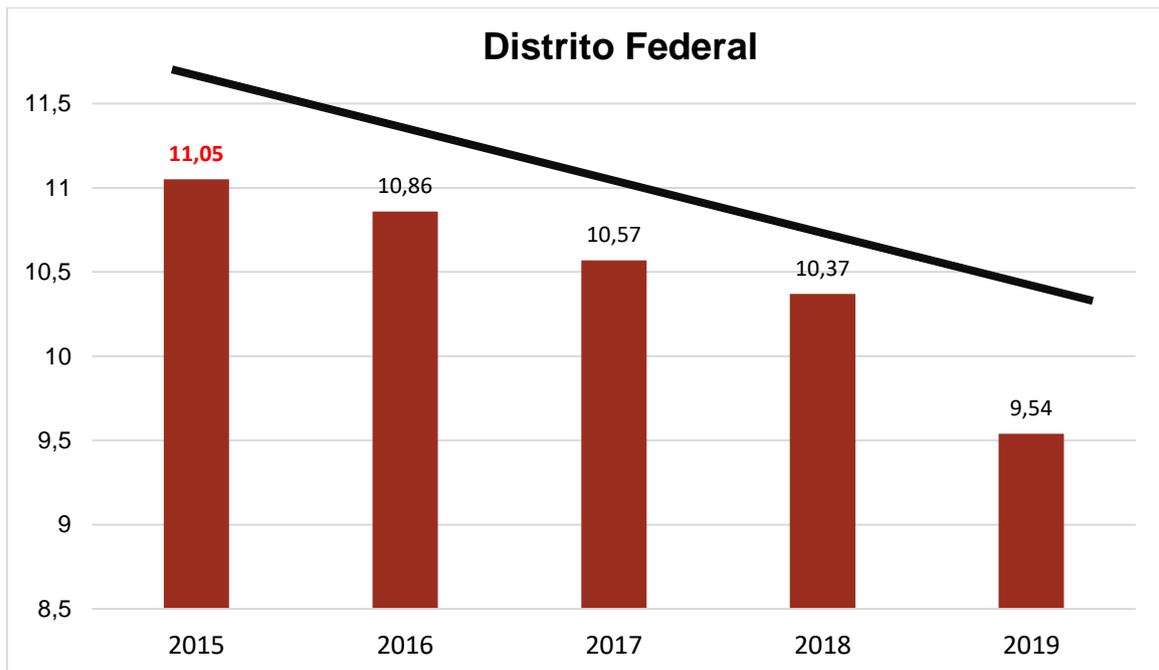
**Gráfico 3 - Taxa de Mortalidade Perinatal Estado do Mato Grosso, de 2015 a 2019.**



**Fonte:** Elaborado pelas autoras, 2021.

Já no Distrito Federal, observou-se constante declínio nos anos analisados, sendo a maior taxa em 2015, de 11,05 e a menor taxa em 2019, de 9,54. Dentre as quatro unidades federativas analisadas da região centro-oeste, o Distrito Federal apresentou a menor taxa de mortalidade consecutiva do período analisado, conforme gráfico 4.

**Gráfico 4** - Taxa de Mortalidade Perinatal do Distrito Federal, de 2015 a 2019.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras, 2021.

## **4.2. Análise dos componentes de óbito fetal e neonatal precoce da região centro-oeste do Brasil.**

O Brasil possui extenso território geográfico, constituído por diferenças culturais e regionais que reproduzem historicamente desigualdades estruturais e sociais. Essas desigualdades refletem na pobreza e em seus diversos significados e na distribuição de renda, expondo boa parte de sua população a injustiças e desigualdades sociais de acesso a cidadania e dignidade (ALBUQUERQUE *et al*, 2017. BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000).

Partindo disto, existem obstáculos frente as iniquidades encontradas no acesso a saúde, que enfraquecem a proteção social da população e que vão de encontro as desigualdades sociais, estruturais, sanitárias e econômicas, apontando para a necessidade de haver políticas públicas de estratégias regionais, considerando que no Brasil, as necessidades de saúde se diferem em diferentes regiões do país (BRASIL, 2012; VIANA *et al*, 2007).

Existem muitos estudos relacionados a mortalidade infantil, devido a predominância que havia no perfil dessas mortes, por ocorrerem em idade infantil maior que vinte oito dias e até o primeiro ano de vida e por estarem relacionadas a doenças parasitárias e infecciosas. Com isto, os estudos relacionados a mortalidade perinatal e fetal têm sido pouco produzidos, ainda que o conhecimento acerca desses óbitos representaria importante redução nas taxas de mortalidade infantil (CAMARGO, 2008; LAURENTI; BUCHALLA; COSTA, 1984).

Dito isso, os poucos estudos dirigidos a mortalidade fetal e neonatal precoce e com as informações insuficientes disponíveis, a redução dessas mortes tem sido lenta e difícil por justamente não haver conhecimento e rastreamento adequado para sua evitabilidade (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002), o que nos leva a encontrar desafios na produção de uma análise das taxas de mortalidade perinatal sintetizada e direta. O que fizemos neste estudo foi analisar a partir de hipóteses dos dados apresentados conforme cada região que possa justificar os valores apresentados pelas taxas.

Na mortalidade Perinatal, os fatores socioeconômicos espelham as diferenças de acesso a saúde e qualidade da assistência obstétrica e neonatal, interferindo nos desfechos perinatais, uma vez que sua maior ocorrência se dá em famílias de baixa renda e mulheres com baixa escolaridade. Essas desigualdades representam sobretudo, o acesso aos serviços de saúde, principalmente aos terciários como as

Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que representam importante intervenção para redução da mortalidade perinatal (RIPSA, 2009. LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

A escolaridade materna reflete no valor das taxas de mortalidade, pois as mães dos recém-nascidos que foram a óbito nos primeiros seis dias de vida, estudaram até os sete anos, conforme estudo realizado por Migoto *et al*, (2018). No mesmo estudo, os autores apontam para maior risco de óbito neonatal precoce em famílias de mães solteiras. A ocupação materna, situação conjugal materna, raça e local de residência também são fatores determinantes na mortalidade perinatal (COSTA, 2008).

Há também os fatores biológicos, relacionado a idade materna, idade gestacional, paridade, sexo, doenças maternas, malformação congênita, peso do nascimento e gestações múltiplas e além desses, os fatores assistenciais relacionados a assistência ao pré-natal, Apgar, tipo de parto e complexidade assistencial do hospital de nascimento (COSTA, 2008).

Entende-se que os fatores sociais estão relacionados com as intercorrências precoces na gestação e até mesmo antes da gravidez, apontando para a necessidade de existir políticas públicas de saúde que promovam a saúde da mulher, antes mesmo da concepção, pois os cuidados direcionados durante o pré-natal, parto e ao recém-nascido, não seriam suficientes para intervir oportunamente a fim de prevenir os agravos de saúde para a mãe e para o feto (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002. WIZE, 1999).

Nas últimas décadas, as taxas de mortalidade infantil têm apresentado uma importante redução, entretanto, esses valores ainda são incompatíveis com o desenvolvimento atual do país, mais ainda, no que diz respeito as variadas taxas encontradas nas diferentes regiões do país, como no Nordeste em 2005, quando a taxa de mortalidade neonatal era de 20,7 por mil nascidos vivos, enquanto no Sul era de 9,4 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2009; RIPSA, 2009).

A mortalidade neonatal se tornou um importante componente da mortalidade infantil, representando 70% do total dessas mortes. Destaca-se para a mortalidade neonatal precoce, componente da mortalidade perinatal, que entre os anos de 2003 e 2005, expressaram 50% dos óbitos infantis em todas as regiões do país, evidenciando o impacto que essas mortes ocasionam, por levar a perda precoce da vida (RIPSA, 2009).

Em 2011, a taxa de mortalidade neonatal precoce no Brasil e na região Centro-Oeste foi de 8,1 por 1.000 nascidos vivos. Nos Estados do Mato grosso do Sul, Mato

Grosso, Goiás e Distrito Federal, essa taxa foi de 7,3/1000, 9,2/1000, 8,7/1000 e 6,0/1000, respectivamente. Devido ao Mato Grosso possuir a maior taxa de mortalidade neonatal precoce da região, foi incluído no QualiNeo, que é uma importante estratégia de integração aos programas criados para reduzir a mortalidade infantil e neonatal (BERNADINO *et al*, 2021; BRASIL, 2013).

Na Mortalidade Fetal, de 2011 a 2014, o Brasil registrou uma taxa de 11,9 por mil nascidos vivos. No mesmo período, a região Centro-Oeste, teve a segunda menor taxa de mortalidade, sendo essa de 10,7 por mil nascidos vivos, ficando atrás apenas da região Sul, na qual teve sua taxa média de 9,0 por mil nascidos vivos. Nesse mesmo estudo, entre 2001 e 2014, a região Centro-Oeste demonstrou declínio nas taxas de mortalidade fetal (IBIAPINA, 2017).

Apesar dessas taxas representarem um valor relativamente baixo, muitos são os desafios que precisam ser enfrentados, uma vez que, a maioria dessas mortes, sejam fetais ou neonatais precoces, podem ser evitadas com ações de saúde relativamente simples, como adequada assistência à mulher antes e durante a gestação, parto e ao recém-nascido (IBIAPINA, 2017).

No Brasil, há diversos programas criados para que a redução da mortalidade infantil seja alcançada. Entre eles, a Rede Cegonha, uma rede de cuidados assistências que asseguram à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, assistência adequada ao pré-natal, ao parto e puerpério, e à saúde infantil, desde o nascimento até o desenvolvimento saudável. Para além disso, a Rede Cegonha visa a qualificação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária e na atenção terciária (BRASIL, 2011).

O enfermeiro é um importante profissional para o funcionamento das estratégias de saúde, principalmente na atenção primária, porta de entrada aos diversos níveis de atenção. O exercício legal da assistência de enfermagem ao pré-natal está assegurado pela lei 7498/1986, onde ainda prevê a consulta de enfermagem, solicitações de exame complementares e de rotina, realização de exame obstétrico, prescrição de medicamentos previstos em protocolos, encaminhamentos necessários, orientações sobre o parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2002).

A enfermagem frente aos programas disponibilizados na atenção primária, é um importante profissional com capacidade de intervir em desfechos desfavoráveis a saúde materna e infantil, uma vez que a adequada atenção, promoção e prevenção

de agravos de saúde se dá através de estratégias encabeçadas pelo enfermeiro, durante o cuidado integral desde ao planejamento familiar e reprodutivo, ao parto, puerpério e ao neonato.

A adequada assistência, qualificada e oportuna garante condições que podem reduzir a mortalidade perinatal, além dos programas já desenvolvidos, quando bem utilizados, podem ser decisivos na tomada de decisões. Com isso, espera-se que estes profissionais estejam qualificados e atualizados acerca da saúde reprodutiva da mulher e da saúde neonatal, uma vez que estes são acompanhados em Unidade Básica de Saúde pelo enfermeiro e pelo médico.

A nível secundário e terciário, a complexidade dessa assistência exige do enfermeiro maiores capacidades técnico-científicas, reflexivas e analíticas, a fim de promover ações e intervenções que garantam a adequada assistência que tenham resoluções satisfatórias.

Além disso, espera-se haver a investigação dos óbitos neonatais precoces e principalmente fetal, preenchimento adequado das Declarações de Óbito (DO), para que haja a construção de um indicador de saúde fidedigno às realidades de saúde da Região Centro-Oeste.

#### **4.3. Ações de enfermagem esperadas para redução e/ou controle das Taxas de Mortalidade Perinatal**

Sabe-se que as principais medidas de redução da mortalidade perinatal, destaca-se para a adequada atenção à saúde da mulher antes do período gravídico, ao pré-natal, parto e ao recém-nascido. Considerando alguns autores como Ibiapina (2017), Brasil (2016) e Brasil (2009), sugerem algumas ações que podem reduzir a mortalidade perinatal. Dentre elas, consideramos como ações de enfermagem:

- Implementação e adequação individualizada do planejamento reprodutivo, com vista ao fortalecimento dos direitos reprodutivos e sexuais, baseado nos aspectos biológicos, socioeconômicos e estado de saúde;
- Escuta qualificada e acolhedora, a fim de detectar e incorporar estratégias resolutivas ao cuidado ofertado;
- Estabelecimento do vínculo profissional-paciente, fortalecendo a relação cuidado e confiança;

- Desenvolvimento de ações educacionais de saúde sexual e reprodutiva a população;
- Captação de gestantes no primeiro trimestre de gravidez, com foco no início precoce do pré-natal, visando a identificação de problemas potenciais que possam interferir no desfecho da gravidez e da saúde da mulher;
- Investigação e avaliação global da gestante, considerando antecedentes de saúde pessoal, ginecológicos, obstétricos, familiar, sociais, psicológicos, econômicos, afetivos, redes de apoio e demais aspectos que se façam importantes;
- Planejamento e implementação do plano de cuidados a serem realizados, centralizado à paciente e com sua total participação no planejamento;
- Cadastramento da gestante no sistema de informação e preenchimento qualificado em caderneta da gestante;
- Busca ativa das gestantes faltantes à consulta de pré-natal;
- Profissional capacitado e atualizado frente aos protocolos e condutas;
- Encaminhamento da gestante para a unidade de referência em tempo oportuno, quando identificado potenciais riscos e intercorrências;
- Educação em saúde sobre as mudanças fisiológicas no corpo materno, importância do pré-natal, cuidados nutricionais e alimentares, riscos da exposição ao tabaco, álcool e outras drogas;
- Preparo para o parto e procedimentos que podem ocorrer;
- Preparo e promoção do aleitamento materno;
- Solicitação de exames previstos em protocolo, prescrição de medicações e suplementos vitamínicos, realização de testes rápidos;
- Promover a visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido, a fim de identificar sinais de perigos, prevenir e intervir em situações de risco;
- Exame físico e anamnese do RN;
- Avaliação de situações de vulnerabilidade à saúde do RN;
- Avaliar e orientar sobre o aleitamento materno exclusivo, higiene, posição para dormir, cuidados com coto umbilical e vacinas;
- Realizar testes e encaminhar para unidades de referência para a realização dos testes previstos em protocolo;
- Rastreamento de diabetes gestacional e hipertensão arterial;

- Rastreamento de Infecções Sexualmente transmissíveis;
- Melhorar a qualidade do preenchimento dos registros de óbitos fetais e neonatais precoces;
- Monitorização cardíaca fetal durante o parto.

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo, demonstram que as políticas e programas de saúde estabelecidos, têm-se mostrado eficientes no que tange a redução da mortalidade infantil, em especial a mortalidade perinatal, objeto de nosso estudo. Entretanto, há ainda desafios a serem enfrentados, uma vez que essas mortes em sua maioria são de causas evitáveis, além de haver disparidades relativa as taxas de mortalidade em diferentes regiões do país.

Os estudos sobre a mortalidade perinatal e de seus componentes são escassos, necessitando haver maior interesse por parte dos pesquisadores e autoridades de saúde do país. Encontramos protocolos e diretrizes a fim de reduzir essas mortalidades, entretanto, demonstram-se desatualizados, assim como as pesquisas encontradas sobre o tema.

A finitude da vida de forma precoce reflete de diferentes maneiras na família, comunidade e até mesmo aos profissionais que prestam assistência, causando prejuízos inimagináveis de dor e sofrimento. Ações simples e de custo relativamente baixos, podem ser utilizados na evitabilidade dessas mortes precoces.

O enfermeiro, por ser um profissional capacitado e estar na linha frente da atenção básica, secundária e até mesmo terciária, possui papel importante e necessário para identificar, prevenir e intervir em situações que ameaçam a vida da mãe e do feto, além de estar à frente de programas voltados a vigilância epidemiológica e investigação dos óbitos fetais e neonatais precoces.

Percebe-se que a qualidade assistencial é determinante para redução da mortalidade perinatal, todavia, observa-se que outros fatores se relacionam para esses desfechos. Isso nos leva para uma análise para além dos aspectos biológicos, pois observamos que fatores socioeconômicos, de acesso, escolaridade, culturais e regionais também são determinantes.

Por tudo isso, consideramos que os estudos relacionados a mortalidade perinatal e suas causas precisam ser amplamente discutidos, para que possamos

identificar maneiras e incentivar políticas para que possamos criar estratégias que reduzam ou evitem a mortalidade perinatal.

**REFERÊNCIAS:**

- ALBUQUERQUE, M.V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1055-1064. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>>. Acesso em: 22 set. 2021.
- BERNARDINO, F. B. S. *et al.* TENDÊNCIA DA MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL DE 2007 A 2017. **Revista Ciência & Saúde Coletiva. [periódico na internet]**. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-da-mortalidade-neonatal-no-brasil-de-2007-a-2017/17935?id=17935>. Acesso em 23 out. 2021.
- BARROS, R.P, HENRIQUES, R. e MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais [online]**. 2000, v. 15, n. 42, pp. 123-142. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092000000100009>>. Acesso em: 22 set. 2021.
- BARROS, P.S. AQUINO, É.C. SOUZA, MR. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2019; v.53:12. Disponível em: [http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/1518-8787-rsp-53-12/1518-8787-rsp-53-12-pt.x51180.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-53-12/1518-8787-rsp-53-12-pt.x51180.pdf). Acesso em: 17 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade**. Taxa de mortalidade neonatal precoce. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0101b.htm>. Acesso em: 24 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, **Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia**. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_mortalidade\\_perinatal\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_perinatal_3ed.pdf). Acesso em: 25 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico**. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 11 ago. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. — Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_mortalidade\\_perinatal\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_perinatal_3ed.pdf). Acesso em: 15 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_mortalidade\\_e\\_perinatal\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_e_perinatal_3ed.pdf). Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-**DATASUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 8 de mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2011. Seção 1, p. 58. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html). Acesso em: 09 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

BORGES, D.C. *et al.* FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À MORTALIDADE PERINATAL: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 48, n. 3, p. 56-66, set. 2019. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/511/360>>. Acesso em: 28 set. 2021.

CAMARGO, A.B.M. A Natimortalidade e a Mortalidade Perinatal em São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**; v. 22, n. 1, p.30-47, jan.-jun. 2008. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01\\_03.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_03.pdf). Acesso em: 25 set. 2021.

COSTA, G.N.da. **Mortalidade perinatal, determinantes biológicos, de atenção à saúde materno infantil e socioeconômicos: uma análise das desigualdades entre os bairros do Recife. 2008**. 158 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3885>. Acesso em: 03 nov. 2021.

CUNHA, A. C.B.; LEMOS, L. F. S. Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda. **Psicologia em Estudo**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 13-22, jan/mar. 2015. Disponível em: [http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/23885/pdf\\_2](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/23885/pdf_2). Acesso em: 8 mar. 2021.

FEITOSA, F. E. L.; PAIVA, J. P. **Protocolo Óbito Fetal**. Ceará, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.021+-+REV1+%C3%93BITO+FETAL.pdf/ad7448b1-2d25-4fa5-994f-5d9f9e056e83>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil no Brasil**. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília, 2009. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/dmdocuments/277LIVRO\\_Informe\\_de\\_Situacao\\_livreto\\_WEB.pdf](https://www.paho.org/bra/dmdocuments/277LIVRO_Informe_de_Situacao_livreto_WEB.pdf). Acesso em: 04 abril. 2021.

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED editora, 2015.

IBIAPINA, F.P. **Óbito fetal no Brasil: distribuição espacial e espaço-temporal (2001-2014)**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva associação ampla UECE/UFC/UNIFOR) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza. Fortaleza – CE, p. 142. 2017. Disponível em:

<https://uol.unifor.br/oul/conteudosite/F10663420180629090551398520/Dissertacao.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2021.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, p.759-772, dezembro. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13534.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

LANSKY, S. *et al.*, Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 mai. 2021.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M; COSTA JR., M.L. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. I. Descrição do projeto e resultados gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 6, dez. 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/xQKVvpjY3ZQXmX4HjZF7Dzy/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 07 out. 2021.

MIGOTO, M.T *et al.* Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2018, v. 71, n. 5, pp. 2527-2534. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0586>. Acesso em: 24 out. 2021.

OLIVEIRA, L.R., RIZZATO, A.B.P., MAGALDI, C. Saúde materno-infantil: visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. **Revista de Saúde Pública [online]**. 1983, v. 17, n. 3, pp. 208-220. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101983000300003>>. Acesso em: 16 out. 2021

VIANA, A. L. d'A. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Caderno de Saúde Pública**. 2007, v. 23 suplement. 2, p. 1-15, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mnZKCNmWwgG7qCMzfVLWvKy/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em 15 out. 2021.

VIEIRA, T.M.M. *et al.* MORTALIDADE PERINATAL E DIFERENÇAS REGIONAIS NO ESTADO DO PARANÁ. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 4, dez. 2015.

ISSN 2176-9133. Disponível em:  
<<https://revistas.ufpr.br/coGITARE/article/view/42626/26750>>. Acesso em: 22 set. 2021.

TANAKA, A.C.D'A. **Saúde materna e saúde perinatal**: relações entre variáveis orgânicas, socioeconômicas e institucionais. 1987. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26072016-182540/publico/DR\\_167\\_Tanaka\\_1986.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26072016-182540/publico/DR_167_Tanaka_1986.pdf). Acesso em: 03 nov. 2021.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2006, v. 11, n. 4, pp. 975-986. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>>. Acesso em: 22 set. 2021.

WISE, PH. Efficacy and justice: The importance of medical research and tertiary care to social disparities in infant mortality. **Journal of Perinatology**, 1999. v,19 n.6 p.24 - 27. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7200255>. Acesso em: 12 out. 2021.