



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS HOSPITALIZAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HOSPITALIZATIONS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS HOSPITALIZACIONES EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Leidiane Ferreira Santos¹, Carla Thailenna Jorge Pereira², Cintia Flores Mutti³, Isabela Cristine Ferreira Fernandes⁴, Allison Barros Santana⁵, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer as condições de gestação e as características sociodemográficas das mães de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e descrever causas de internações e características clínicas de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, em que foram consultados 180 prontuários de recém-nascidos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de uma maternidade pública. As informações foram armazenadas em banco de dados informatizado e submetidas à análise estatística descritiva. **Resultados:** apesar de muitas mulheres não apresentarem intercorrências no período gestacional, inúmeros agravos podem levar os recém-nascidos a dependerem de cuidados intensivos. **Conclusão:** muitas mulheres não têm acesso aos serviços de saúde preconizados pelas políticas públicas brasileiras. Cardiopatias, malformação congênita, sepse e sífilis levaram o recém-nascido a depender de cuidados intensivos. A maioria das internações ocorreu devido à prematuridade. **Descritores:** Hospitalização; Indicadores de Morbimortalidade; Recém-Nascido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Objective: to know the pregnancy conditions and socio-demographic characteristics of mothers of newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit and describe causes of hospitalization and clinical characteristics of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** A descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, in which 180 records of newborns hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a public hospital were found. The information was stored in a computerized database and submitted to descriptive statistical analysis. **Results:** Although many women do not present complications during pregnancy, many diseases can lead newborns to depend on intensive care. **Conclusion:** many women do not have access to health services advocated by the Brazilian public policy. Cardiac disorders, congenital malformation, sepsis and syphilis resulted in the newborn having to depend on intensive care. Most hospitalizations occurred due to prematurity. **Descriptors:** Hospitalization; Indicators of Morbidity and Mortality; Infant; Newborn; Intensive Care Units; Neonatal.

RESUMEN

Objetivo: conocer las condiciones de gestación y las características sociodemográficas de las madres de recién nacidos internados en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y describir causas de internaciones y características clínicas de recién nacido en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudio transversal descriptivo, de abordaje cuantitativa, en que fueron consultados 180 prontuarios de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de una maternidad pública. Las informaciones fueron almacenadas en banco de datos informatizado y sometidas al análisis estadística descriptiva. **Resultados:** a pesar de muchas mujeres no presentar interurrencias en el período gestacional, inúmeros agravios pueden llevar los recién nacidos a depender de cuidados intensivos. **Conclusión:** muchas mujeres no tienen acceso a los servicios de salud preconizados por las políticas públicas brasileñas. Cardiopatías, malformación congénita, sepsis y sífilis llevaron el recién-nacido a depender de cuidados intensivos. La mayoría de las internaciones ocurrió debido la prematuridad. **Descriptores:** Hospitalización; Indicadores de Morbimortalidad; Recién Nacido; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde (PPG-ECS)/Universidade Federal do Tocantins/UFT. Palmas (TO), Brasil. E-mail: leidienesantos@uft.edu.br; ²Enfermeira, graduada pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins/UFT. Palmas (TO), Brasil. E-mail: thailenna1991@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins/UFT. Palmas (TO), Brasil. E-mail: cfmutti@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Mestre, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins/UFT. Palmas (TO), Brasil. E-mail: isafernandes@mail.uft.edu.br; ⁵Enfermeiro, Professor Mestre, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins/UFT. Palmas (TO), Brasil. E-mail: allison@mail.uft.edu.br; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: lizete.malagoni@gmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de cuidado para com a criança tem mudado ao longo dos anos, com consequente redução das mortes infantis e implantação de diversas políticas públicas direcionadas à proteção e promoção da saúde dessa população.¹⁻² No mundo, o número de mortes entre menores de cinco anos de idade diminuiu de 143, por cada 1000 nascidos vivos, em 1970, para 85 em 1990 e 44 em 2013.²

Embora progresso substancial tenha sido alcançado nas últimas décadas, a sobrevivência da criança ainda configura-se em desafio para diversos países, tais como o Brasil, que apresentam fragilidades em relação à assistência à saúde infantil. Se tendências atuais persistirem, até 2030 quase 38 milhões de crianças morrerão antes do seu quinto aniversário.²

Dados alarmantes ainda são registrados no Brasil. A exemplo, em 2014 ocorreram 26.006 óbitos infantis por causas evitáveis, sendo que quase 80% desse total corresponde a crianças com até 27 dias de vida.³

Altos percentuais de mortes por causas evitáveis, entre recém-nascido, indicam problemas de acesso aos serviços de saúde, de cobertura e/ou na qualidade dos serviços prestados.⁴ Destaca-se que as causas de morte intra-hospitalar, em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), são determinadas, principalmente, pela qualidade e condições de assistência durante a gestação, parto e logo após o nascimento.⁵

Assim, para reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil são necessárias medidas abrangentes, que incluam melhorias na assistência pré-natal, no parto e ao recém-nascido.⁵⁻⁶

É importante considerar que, comumente, o nascimento da criança simboliza momento de grande expectativa para a mulher e sua família. Todavia, quando o recém-nascido requer cuidados especializados e é hospitalizado em UTIN, as pessoas envolvidas nesse processo passam a experimentar sentimentos como ansiedade, sofrimento e estresse emocional. Essa situação também pode corroborar dificuldades e modificações no papel que as mães esperavam desempenhar junto aos filhos e à família.⁷

Frente ao exposto, este estudo objetiva:

- Conhecer as condições de gestação e as características sociodemográficas das mães de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;

- Descrever causas de internações e características clínicas de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Acredita-se que conhecer características da gestação e o perfil das hospitalizações em UTIN, pode favorecer a implementação de estratégias direcionadas à promoção e proteção da saúde da criança e, consequentemente, reduzir o número de internações em UTIN. Também espera-se contribuir para reduzir o sofrimento das famílias, corroborando que elas não experienciem a situação de ter e de conviver com recém-nascido hospitalizado.

MÉTODO

Estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, em que foram consultados 180 prontuários de recém-nascidos hospitalizados na UTIN de uma maternidade pública, localizada no município de Palmas, Tocantins, Brasil, no período de julho de 2014 a janeiro de 2015.

A UTIN pesquisada é referência na atenção materno-infantil no Estado e realiza atendimento a recém-nascidos gravemente enfermos. Possui 10 leitos sendo que, comumente, todos estão ocupados.

Para coleta de dados foi construído instrumento com informações relacionadas às características sociodemográficas maternas, à gestação e ao perfil clínico do recém-nascido. As informações foram armazenadas em banco de dados informatizado e submetidas à análise estatística descritiva, exploradas por frequência simples e percentuais.

Foram incluídos nesta pesquisa, prontuários de crianças com até 27 dias de vida, hospitalizadas na UTIN no período de coleta de dados, e excluídos os prontuários que não apresentaram a causa da internação do recém-nascido na UTIN.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Humanas da Universidade Federal do Tocantins, protocolo 040/2014, e atendeu aos pressupostos da Resolução 466 de 2012.

RESULTADOS

A idade média das mães dos recém-nascidos hospitalizados na UTIN foi de 25 anos (DP= 6,6), com máximo de 40 e mínimo de 13 anos. Identificou-se que 120 (66,7%) mulheres não possuíam emprego, sendo que dessas 40 (33,3%) eram estudantes. 60 (33,3%) mulheres trabalhavam fora do lar, exercendo diversas funções, tais como lavradora, funcionária pública, atendente de caixa, manicure, babá entre outras. Quase metade (86; 47,8%) das

Santos LF, Pereira CTJ, Mutti CF et al.

famílias possuía renda familiar menor que um salário mínimo e 88 (48,9%) possuíam casa própria.

176 (97,8%) mulheres receberam assistência em saúde durante a gestação e o número de consultas, por mulher, variou de uma a dezesseis. Em 103 (57,9%) casos, foram realizadas pelo menos seis consultas de pré-natal. Entre as mulheres que não receberam assistência pré-natal (4; 100%), uma (25%) cursava o ensino superior, duas (50%) possuíam ensino fundamental incompleto e uma (25%) ensino médio incompleto. A

Perfil epidemiológico das hospitalizações em Unidade...

gravidez não foi planejada em 141 (78,3%) casos e, durante o período gestacional, 19 (10,6%) mulheres fizeram uso de substâncias entorpecentes, tais como cigarro, crack e álcool.

Foram identificados 93 (51,7%) casos de intercorrências durante o período gestacional, tais como Infecção do Trato Urinário (ITU), toxoplasmose, Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), sífilis, malformação congênita, vaginose bacteriana, entre outros. Em algumas gestantes foi possível identificar a presença de dois ou mais agravos (Figura1).

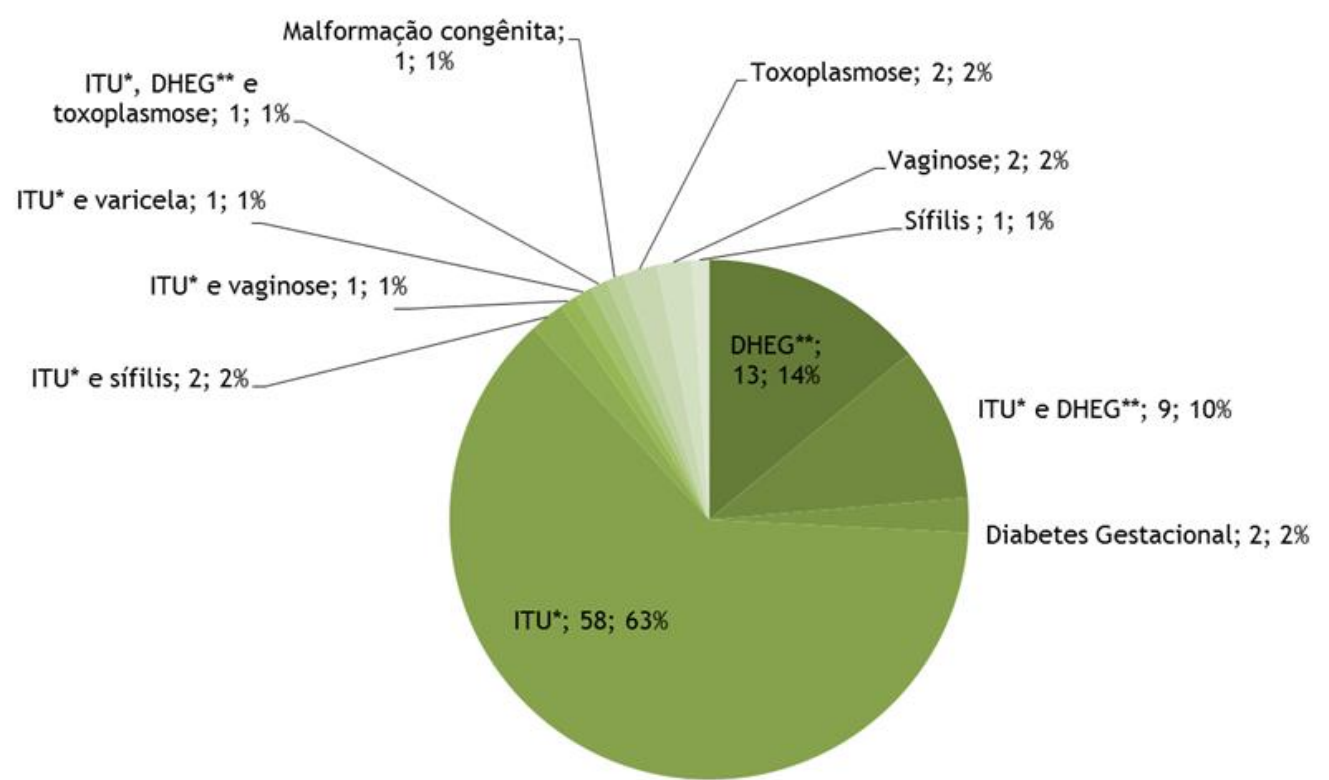


Figura 1. Intercorrências gestacionais registradas nos prontuários dos recém-nascidos hospitalizados na UTIN. Palmas, TO, Brasil, 2015 (n=93).

*Infecção do trato urinário.
**Doença hipertensiva específica da gestação.

Apesar de muitas mulheres (87; 48,3%) não terem apresentado intercorrências no período gestacional, observa-se que inúmeros agravos levaram os recém-nascidos a depender de cuidados intensivos, tais como prematuridade, cardiopatias, malformação congênita, sepse, sífilis entre outros. Em alguns casos foram registrados agravos concomitantes. Apesar de

registrado somente um caso de malformação congênita nos prontuários dos recém-nascidos, foram identificados 29 (16,1%) agravos desse tipo após o nascimento da criança (Figura 2).

Dos 180 (100%) recém-nascidos hospitalizados na UTIN, no período de coleta de dados, 33 (18,3%) foram a óbito.

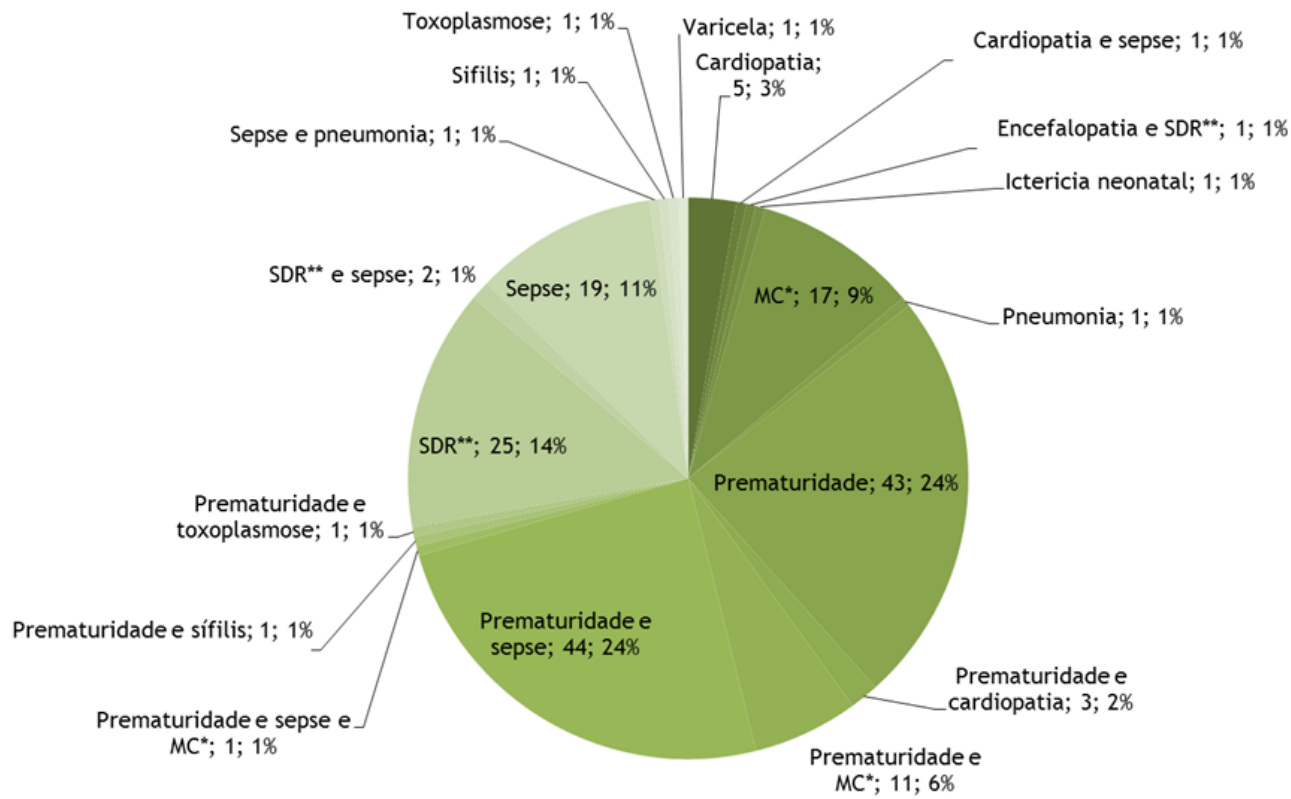


Figura 2. Causas de internações em UTIN registradas nos prontuários dos recém-nascidos. Palmas, TO, Brasil, 2015 (n=180).
*Malformação congênita;
**Síndrome do desconforto respiratório.

Concomitante ao nascimento prematuro (104; 100%), 61(58,7%) recém-nascidos também apresentaram outro agravo à saúde,

tais como cardiopatia, malformação congênita, seps e sífilis (Figura 3).

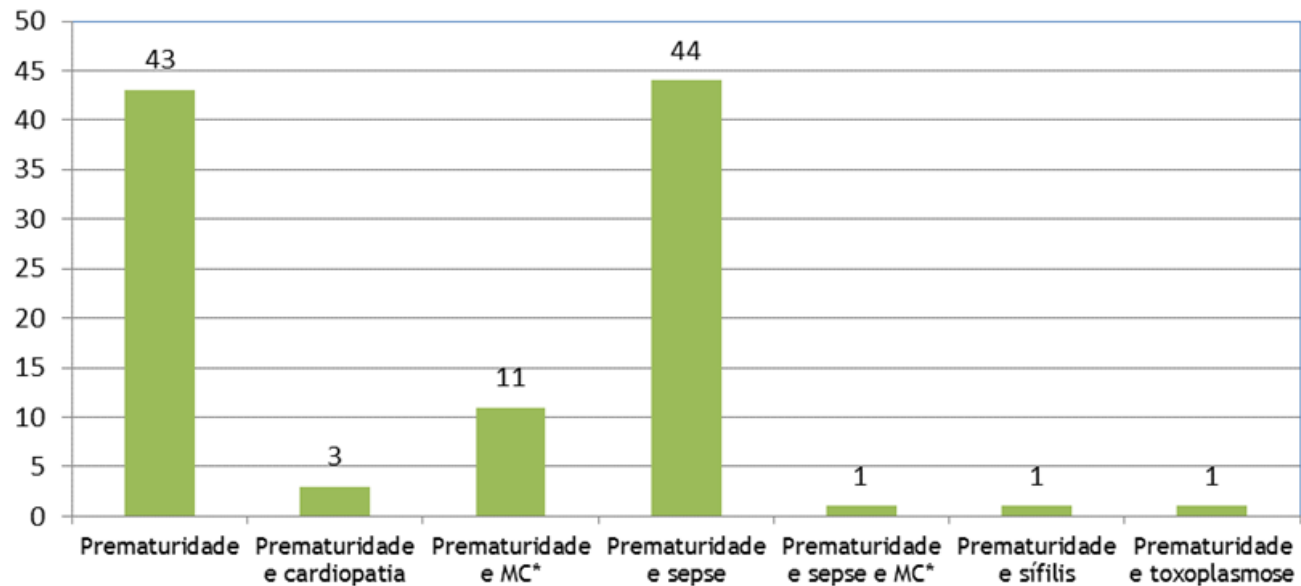


Figura 3. Internações na UTIN devido a prematuridade, registradas nos prontuários dos recém-nascidos. Palmas, TO, Brasil, 2015 (n=104).
*Malformação congênita.

Entre as mães de crianças prematuras, 59 (56,7%) apresentaram complicações durante a gravidez. A idade gestacional variou de 23 a 36 semanas e o peso ao nascimento de 515 a

3.326 gramas. A maioria das internações aconteceu logo após o nascimento da criança (81; 77,9%) e, no total, 19 (18,3) prematuros foram a óbito (Tabela1).

Tabela 1. Perfil dos RN prematuros hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Palmas, TO, Brasil, 2015 (n=104).

Características	Total n(%)
Intercorrências maternas na gestação	
Sim	59 (56,7)
Não	45 (43,3)
Idade gestacional	
≤24 semanas	7 (6,7)
25 a 28 semanas	9 (8,7)
29 a 32 semanas	29 (27,9)
33 a 36 semanas	59 (56,7)
Internação na UTIN	
Logo após o nascimento	81 (77,9)
Até 1 dias após o nascimento	10 (9,6)
De 2 a 4 dias após o nascimento	8 (7,7)
De 5 a 17 dias após o nascimento	5 (4,8)
Desfecho	
Alta hospitalar	85 (81,7)
Óbito	19 (18,3)

DISCUSSÃO

Percebe-se a urgente necessidade de qualificar a assistência oferecida à mulher durante o período gestacional, visando a identificar fatores de risco à criança e à gestante, bem como cuidado integral e humanizado. Nessa perspectiva, o profissional da saúde deve ser capaz de acolher a gestante, no serviço de saúde, desde o início da gravidez e de identificar mudanças comportamentais, emocionais e físicas, compartilhar informações e sanar dúvidas da mulher e também de sua família, promovendo atenção de qualidade e minimizando chances de agravos futuros;⁸ também, são necessárias políticas públicas capazes de superar desigualdades socioeconômicas, prevalentes em diversos países, haja vista que muitos autores têm demonstrado que entre famílias de baixo poder socioeconômico há altas taxas de mortalidade infantil.^{2,9} Neste estudo quase metade das famílias possuía renda familiar menor que um salário mínimo.

É imprescindível implementar intervenções que corroborem combater a inversa e significativa associação entre baixo nível socioeconômico e mortalidade infantil^{2,9} que, no Brasil, se expressa tanto entre regiões, como no âmbito dos estados e municípios.⁹As políticas públicas sociais, econômicas, ambientais, culturais e de saúde devem embasar-se no princípio de equidade para que, efetivamente, possam atender as diferentes demandas de cada região.¹⁰

Estudos revelam associação entre baixo nível socioeconômico e gravidez não planejada.¹¹⁻¹²De acordo com os prontuários analisados 78,3% (141) das mulheres não planejaram a gravidez e houve 29 (16,1%) casos de gravidez na adolescência.

Nota-se que a efetiva implantação de programas de planejamento familiar configura-se em grande desafio no campo da saúde sexual e reprodutiva na atenção primária. Assim, é importante que gestores e equipes de saúde reflitam, planejem e implementem ações que contribuam para assegurar às mulheres seus direitos sexuais e reprodutivos, em especial às mais jovens.¹³

É imprescindível que equipes de saúde e sociedade em geral realizem aconselhamento anticoncepcional ao adolescente, com o objetivo de compreender as percepções corretas e incorretas que eles possuem acerca dos métodos contraceptivos e de ajudá-los a entender o risco da atividade sexual desprotegida em seu contexto pessoal, explicitando os tipos de métodos contraceptivos, o funcionamento de cada um deles, o modo correto da utilização, a eficácia, as indicações e contraindicações e a atuação dupla da camisinha na prevenção da gravidez precoce e das doenças sexualmente transmissíveis.¹⁴

Os dados registrados nos prontuários dos recém-nascidos, em relação ao número de consultas pré-natal da gestante, revelam que a assistência recebida por essas mulheres está aquém do que se é preconizado pelas políticas públicas de saúde no Brasil.¹⁵ 77 (42,1%) mulheres realizaram menos que seis consultas durante o período gestacional.

As mulheres devem realizar, no mínimo, seis consultas durante o período gestacional, iniciando no primeiro trimestre e com o objetivo de identificar agravos ou possíveis intercorrências precocemente e realizar tratamento adequado, corroborando melhor prognóstico à gestante e à criança e redução das taxas de morbimortalidade materno infantil.¹⁵

Embora existam avanços significativos nos últimos anos nas políticas públicas direcionadas à saúde materno infantil, não se pode afirmar que a qualidade dos serviços prestados é a mesma que a almejada.¹⁶ Assim, percebe-se a necessidade de estratégias voltadas para o acompanhamento da qualidade da assistência à gestante e à criança, para que se tenha o máximo possível de certeza de que as políticas elaboradas estejam, verdadeiramente, sendo implantadas de maneira eficiente.¹⁷

Nesse cenário, é válido destacar que a gestação, mesmo não se identificando alterações materno-fetais, pode apresentar desfecho desfavorável ao recém-nascido, devido a complicações ocorridas durante o parto e/ou logo após seu nascimento.¹⁸ No Brasil, 23% dos óbitos neonatais estão relacionados a asfixia intraparto e a prematuridade tardia. Essa situação expressa a evitabilidade das mortes infantis, e possibilidade de intervenções em saúde com maior impacto e em curto prazo. ⁶Todavia, à medida que se reduz a mortalidade infantil, evidencia-se aumento da proporção de mortes neonatais.¹⁹ Nota-se, assim, a necessidade de profissionais de saúde especializados, que estejam aptos a realizar assistência qualificada ao recém-nascido gravemente enfermo, além de unidades de saúde com aparato tecnológico adequado para o atendimento da criança.²⁰

Nesta pesquisa vários agravos comprometeram a saúde dos recém-nascidos e os levaram a depender de cuidados intensivos para manutenção da vida. Dentre esses, destacou-se o nascimento prematuro, situação também descrita por outros autores.²¹⁻²²

Caracteriza-se por prematuridade o nascimento antes de completas 37 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual.¹⁵ Esse agravo ainda representa uma das maiores causas de mortalidade infantil no Brasil.³

Dentre os principais fatores de risco para prematuridade, destacam-se as alterações placentárias, infecções maternas, excesso de líquido amniótico, idade materna extrema (menor que 21 ou maior que 36 anos) e baixo nível socioeconômico, todavia, é válido destacar que muitos casos não apresentam causa específica.¹⁵

O recém-nascido prematuro, comumente, apresenta complicações respiratórias que estão associadas significativamente com idade gestacional inferior a 32 semanas e baixo peso ao nascimento.²³ Os principais motivos de internação de recém-nascido em UTIN foram os distúrbios respiratórios e o baixo peso ao

nascer. As principais causas de óbito foram à parada cardiorrespiratória e a prematuridade.²⁴

O baixo peso ao nascer (menor que 2,5 kg), configura-se em fator de risco que pode levar à morte do recém-nascido, pois contribui para deficiência nutricional, comprometimento de crescimento e desenvolvimento da criança e favorece a baixa imunidade, corroborando o aparecimento de infecções.²⁵

Neste estudo, além da prematuridade, mais da metade (61; 58,7%) dos recém-nascidos também apresentou outro tipo de agravo à saúde. Entende-se, assim, que é indispensável diagnóstico precoce e tratamento adequado, a fim de evitar complicações perinatais e de reduzir o número de óbitos infantis.²⁶

Nota-se que para diminuir a mortalidade neonatal, no país, é imprescindível reforço das políticas públicas, com medidas mais diretamente relacionadas à qualificação da atenção em saúde. Primeiramente, é preciso implementação de redes regionalizadas de atenção perinatal. Segundo, investimento na implementação das práticas baseadas em evidências científicas e qualificação dos processos assistenciais nos serviços de pré-natal, em especial, nos que atendem ao parto e nascimento.⁶ Também, é preciso compreender que o período de pré-natal representa etapa importante na vida das mulheres, sendo assim, os profissionais da saúde devem buscar conhecer a história das gestantes, o contexto da gestação e proporcionar momentos de escuta e interação que contribuam para que a mulher se torne agente ativo em seu processo de cuidado.²⁷ Neste e em outros estudos foi possível identificar que algumas mulheres fazem uso de substâncias entorpecentes durante a gestação. Essa situação pode comprometer, significativamente, a saúde da criança.²⁸⁻⁹

O uso de drogas entre grávidas é um grave problema social e de saúde pública. Observa-se que gestantes com dependência química apresentam menor adesão à assistência pré-natal, têm menor participação em atividades educativas e maior risco de intercorrências obstétricas e fetais. Além disso, a maioria das usuárias abandona os filhos ou pode ser considerada, pela justiça, incapaz de assumir os cuidados maternos.³⁰

Considera-se que a gestante com dependência química possui gestação de alto risco, em razão não somente do uso da droga durante o período de desenvolvimento do feto, mas também da condição de risco social e emocional aos quais ela está exposta. Por isso, torna-se importante a implantação de serviços especializados para o

acompanhamento dessa população e para detecção precoce do uso de drogas de abuso por gestantes.³⁰

Neste cenário, é fundamental, ao profissional que atende a gestante, a consciência de si, de seus valores e crenças, para conseguir distinguir os valores, as crenças, as práticas de cuidado, os conhecimentos prévios e o contexto cultural do indivíduo de que se cuida. Tal atitude pode contribuir para torná-lo mais cômico de suas ações e para proporcionar atendimento de qualidade, eficaz e significativo para aqueles que estão sendo assistidos. Para atendimento humanizado e integral, o profissional precisa tornar-se capaz de lidar com demandas biopsicossociais das gestantes e de suas famílias.²⁷

CONCLUSÃO

A assistência à saúde materno infantil, no Brasil, ainda apresenta inúmeras fragilidades. Mulheres não têm acesso aos serviços de saúde ou, muitas vezes, a assistência prestada não oferece o mínimo de qualidade preconizado pelas políticas públicas do país. Ainda é alto o número de gestações não planejadas, o que reflete a falta de implementação, efetiva, de ações que garantam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e homens brasileiros.

O baixo perfil socioeconômico e a baixa escolaridade das mães dos recém-nascidos evidenciam a vulnerabilidade social das famílias atendidas no Sistema Único de Saúde e a necessidade de ações direcionadas às reais demandas dessas pessoas.

A maioria das internações na UTIN se deu devido à prematuridade do recém-nascido. Cardiopatias, malformação congênita, sepse e sífilis, também foram condições que levaram o recém-nascido a depender de cuidados intensivos.

O alto número de nascimentos prematuros sugere que sejam realizadas ações, durante a assistência pré-natal, que viabilizem a identificação de fatores de risco para esse agravo, bem como tratamento adequado de condições que corroborem a prematuridade. Mesmo quando não se identifica intercorrências no período gestacional, o recém-nascido pode apresentar complicações e depender de cuidados intensivos para manutenção de sua vida. Assim, é importante que os serviços de saúde, destinados ao atendimento da gestante para realização do parto, disponham de profissionais de saúde especializados e aparato tecnológico que favoreçam a sobrevivência da criança com complicações perinatais.

REFERÊNCIAS

1. Araújo FG, Oliveira SR, Menezes GAC, Meira DCS. Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];8(8):2667-75. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5781/pdf_5863 DOI: 10.5205/reuol.6081-52328-1
2. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014 Sep;384(9947):957-79.
3. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS - DATASUS [Internet]. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2015 July 18]. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>
4. Silva CMCD, Gomes KRO, Rocha AOMS, Almeida IMLM, Neto JMM. Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. Cad saúde pública [Internet]. 2013 [cited 2015 July 20];29(3):547-556. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a12v29n3.pdf>
5. Silva CF, Leite AJM, Almeida NMGS, Leon ACMP, Olofin I. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];30(2):355-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0355.pdf>
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];30(Sup1):S1-S15. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf
7. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Barbosa MA, Peixoto MKAV, Nogueira, ALG. When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child. Enferm Glob [Internet]. 2015 [cited 2015 July 18];14(37):216-26. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/en_docencia4.pdf

Santos LF, Pereira CTJ, Mutti CF et al.

8. Duarte SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. *R Enferm Cent O Min* [Internet]. 2014 [cited 2015 July 15];4(1):1029-35. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577>
9. Santos IS, Matijasevich A, Gorgot LRMR, Valle NCJ, Menezes AM. Óbitos infantis evitáveis nas coortes de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de 1993 e 2004. *Cad saúde pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 July 17];30(11):2331-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2331.pdf>
10. Bühler HF, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];19(10):4131-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4131.pdf> DOI: 10.1590/1413-812320141910.09282014
11. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 July 20];33(2):86-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/13.pdf>
12. Simón Y, Aznar T. Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? *Prog Obstet Ginecol*. 2015 Mar;58(3):118-124.
13. Evangelista CB, Barbieri M, Silva PLN. Unplanned pregnancy and the factors associated with the participation in the family planning program. *J res fundam care online* [Internet]. 2015 [cited 2015 July 18];7(2):2464-74. Available from: <file:///C:/Users/leid/Downloads/3633-24660-1-PB.pdf> DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2464-2474
14. Carmo SS, Livramento DE, Neto HFP, Zeferino MGM. Análise quantitativa sobre gravidez na adolescência em um município mineiro. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18]; 19(4):801-7. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/35901/23958>
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [Internet]. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 July 18]. Available from:

Perfil epidemiológico das hospitalizações em Unidade...

- http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
16. Araújo JP, Silva, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];67(6):1000-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>
17. Cassiano ACM, Carlucci SEM, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *RSP* [Internet]. 2014. [cited 2015 July 18];65(2): 227-244. Available from: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>
18. Harper LM, Caughey AB, Roehl KA, Odibo AO, Cahill AG. Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 Jun[cited 2015 July 20];210(6):536.e1-e7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4076788/pdf/nihms551076.pdf>
19. Pizzo LGP, Andrade SM, Silva AMR, Melchior R, González AD. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saude soc* [Internet]. 2014. [cited 2015 July 20];23(3):908-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0908.pdf>
20. Costa ALRR, Júnior EA, Lima JWO, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];36(1):29-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/10.pdf>
21. Kambourova M. Inadequate antenatal care as a factor for prematurity. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2015;54(1):7-10.
22. Marinov B, Andreeva A, Karamisheva V, Museva A. Preterm birth in Bulgaria-changes in aetiology and incidence in the last decade. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2014;53(Sup1):33-9.
23. Oliveira CS, Casagrande GA, Grecco LC, Golin MO. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2015 [cited 2015 July 18];40(1):28-32. Available from: <file:///C:/Users/leid/Downloads/700-1435-1-PB.pdf>
24. Basso, CG; Neves, ET; Silveira, A. Associação Entre Realização De Pré-Natal E Morbidade Neonatal. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 July 18];21(2):

- 269-76. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a03v21n2>
25. Tourinho AB, Reis LBSM. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. Com Ciências Saúde [Internet]. 2013 [cited 2015 July 19];22(4):19-30. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf
26. Rysavy MA, Li L, Bell EF, Das A, Hintz SR, Stoll BJ et al. Between-Hospital variation in treatment and outcomes in extremely preterm infants. N Engl J Med [Internet]. 2015 May[cited 2015 July 18];372(19):1801-11. Available from:
http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/20337/3220639_109700.pdf
27. Alves CC, Wilhelm LA, Barreto CN, Santos CC, Meincke SMK, Ressel LB. Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2015 July 18];19(2):265-71. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en_1414-8145-ean-19-02-0265.pdf
28. Dumas A, Lejuene C, Simmat-Durand L. Tobacco, alcohol, marijuana and pregnancy: Which women are at risk?. Sante Publique. 2014 Sep; 26(5): 603-12. Available from:
[http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(13\)00370-0/pdf](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(13)00370-0/pdf);
29. Tong VT, Althabe F, Alemán A, Johnson CC, Dietz PM, Berrueta M et al. Accuracy of self-reported smoking cessation during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 Jan;94(1):106-11. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301572/pdf/nihms-655635.pdf>;
30. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarin MA, Rossi RM. Prevalence of drug abuse among pregnant women. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 July 18];26(5):467-71. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/en_a10v26n5.pdf

Submission: 24/07/2015

Accepted: 28/06/2016

Published: 01/08/2016

Correspondence

Leidiane Ferreira Santos
Department of Nursing
Federal University of Tocantins/UFT
Av. NS 15, ALCNO 14, Bala II, sala 8B, 109
Norte
CEP 77001-090 – Palmas (TO), Brazil