
ASSOCIAÇÃO ENTRE REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL E MORBIDADE NEONATAL

Chariani Gugelmim Basso¹, Eliane Tatsch Neves², Andressa da Silveira³

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista de Iniciação Científica FIPE/UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: chariani@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elianeves03@gmail.com

³ Mestranda em Enfermagem no PPGEnf/UFSM. Bolsista REUNI. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: addressadasilveira@gmail.com

RESUMO: Objetivou-se caracterizar a morbimortalidade de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino do sul do Brasil e verificar a associação das variáveis: realização do pré-natal, intercorrências ao nascimento e tempo de permanência do recém-nascido na unidade. Pesquisa quantitativa retrospectiva, com coleta de dados em prontuários de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal, no ano de 2006. Os dados foram submetidos à análise estatística. O índice de mortalidade da população estudada foi de 14,16%, apresentando como principais causas de óbito a parada cardiorrespiratória e a prematuridade, tendo como principais motivos de internação as causas respiratórias e o baixo peso ao nascer. Conclui-se que, apesar de a maioria das mães ter realizado pré-natal, ao cruzar esta variável com intercorrências ao nascimento não houve significância estatística. Já o tempo de internação na unidade apresentou significância estatística quando associado com a realização do pré-natal.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem neonatal. Mortalidade neonatal. Saúde da criança. Terapia intensiva neonatal.

THE ASSOCIATION BETWEEN ATTENDING PRENATAL CARE AND NEONATAL MORBIDITY

ABSTRACT: The objective of this study was to characterize the morbi-mortality of newborns at the neonatal intensive care unit of a teaching hospital located in Southern Brazil, and verify the association between the following variables: prenatal care attendance, complications at birth, and newborns' length of stay at the unit. This is a retrospective, quantitative study. Data collection was performed using the medical records of inpatients of a neonatal intensive care unit, in the year 2006. The data were subjected to statistical analysis. The mortality rate of the studied population was 14.16%. The main causes of death were cardiorespiratory arrest and prematurity. Hospital admissions occurred mainly because of respiratory complications and low birthweight. In conclusion, although most mothers attended prenatal care, no statistical significance was found when this variable was crossed with birth complications. Length of stay at the unit, on the other hand, showed statistical significance when associated with prenatal care attendance.

DESCRIPTORS: Neonatal nursing. Neonatal mortality. Child health. Intensive care, neonatal.

ASOCIACIÓN ENTRE LA REALIZACIÓN DE ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD NEONATAL

RESUMEN: Este estudio objetivó caracterizar la mortalidad de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital universitario en el sur de Brasil y la asociación de variables: la terminación de complicaciones en el parto pre-natal, y la duración de la hospitalización. Investigación cuantitativa, retrospectiva que examinó las historias clínicas de los niños ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el 2006. Los datos fueron analizados estadísticamente. La tasa de mortalidad de la población fue de 14,16%, las principales causas de muerte fueron paro cardiorrespiratorio y prematuridad. Las causas para la hospitalización, fueron respiratorias y bajo peso al nacer. Se concluyó que, aunque la mayoría de las madres recibieron atención prenatal, al cruzar esta variable con un parto sin complicaciones no tiene significancia estadística. Mientras que la duración de la estancia en la unidad fue estadísticamente significativa cuando se asoció con la atención prenatal.

DESCRIPTORIOS: Enfermería neonatal. La mortalidad neonatal. Salud del niño. Cuidado intensivo neonatal.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil consiste num dos principais indicadores de saúde, uma vez que permite medir a qualidade de vida de uma população, avaliar o nível de desenvolvimento e o acesso aos serviços de saúde. Assim, se considera de grande importância conhecer o perfil da mortalidade infantil, pois isso favorece o desenvolvimento de estratégias que possibilitem o seu controle.¹

Dados recentes apontam uma queda de 64% na taxa de mortalidade infantil no Brasil, entre os anos de 1980 e 2006.² A melhoria desse indicador, entre outros fatores, reflete o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado em 1984, tendo como princípio promover ações específicas na assistência à saúde infantil, com enfoque nas ações básicas de saúde, pretendendo assim reduzir a morbimortalidade infantil.³

O PAISC visava promover a saúde da criança de forma integral, tendo como objetivo desenvolver o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientações nutricionais, assistência às doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, além de garantir maior cobertura vacinal.⁴

Apesar da mortalidade infantil mostrar uma tendência ao descenso nos últimos anos, a sua taxa ainda permanece elevada, sendo que os principais motivos de mortalidade em crianças menores de cinco anos incluem causas perinatais, infecções respiratórias, desnutrição e doenças diarreicas.³ Dentre as causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gestação, parto e nascimento, destacam-se as infecções neonatais, hipóxia/anóxia neonatal, malformações congênitas, prematuridade e doenças sindrômicas.

Na maioria dos casos, essas mortes perinatais podem ser consideradas evitáveis, por meio de serviços qualificados de assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Com isso, o Ministério da Saúde (MS) implementou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como um dos objetivos aperfeiçoar o controle do pré-natal, parto e puerpério.⁵

Para melhor qualificação da assistência em pré-natal, o MS lançou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde

Integral da Mulher (PNAISM), com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, a cobertura e a qualidade da atenção no período perinatal. Ressalta-se, ainda, a ênfase dessa política e programas focalizando a assistência integral à saúde da mulher, buscando torná-las protagonistas das ações de saúde.

Nessa ótica, torna-se fundamental, tanto para a saúde materna quanto neonatal, uma atenção pré-natal qualificada e humanizada.⁶ As condições da assistência prestada à gestante, por meio do pré-natal, juntamente com a assistência ao parto e ao recém-nascido, podem contribuir efetivamente para que os coeficientes de morbimortalidade infantil sejam reduzidos.

Objetivou-se com este estudo caracterizar a morbimortalidade de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital de ensino, no sul do Brasil, no ano de 2006, e associar as variáveis: realização do pré-natal pela mãe, intercorrências ao nascimento e tempo de permanência do recém-nascido na UTIN.

Justifica-se o estudo por contribuir para a construção do conhecimento em saúde e enfermagem. A relevância deste estudo reflete-se na necessidade de qualificação das ações de enfermagem no pré-natal, parto e nascimento, a fim de minimizar a morbimortalidade infantil, especialmente, em seu componente neonatal.

MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa quantitativa, retrospectiva, de caráter descritivo, com a coleta de dados nos prontuários disponíveis no arquivo de um hospital de ensino do sul do Brasil, por meio de um formulário próprio, previamente testado, realizada no período entre julho e setembro de 2010.

Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada: "Caracterização da morbimortalidade e das demandas de necessidades especiais de saúde dos recém-nascidos internados em uma UTI Neonatal, no sul do Brasil, entre os anos de 2002-2006", que vem sendo desenvolvida desde 2008.

O hospital cenário do estudo foi fundado no ano de 1970 e apresenta-se como referência no atendimento em saúde para região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) recebe, em média, 30 crianças por mês, totalizando cerca de 350 internações por ano.⁷

A população do estudo foi composta pelos neonatos que se internaram na UTIN da referida instituição, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2006, compreendendo 355 prontuários. Consideraram-se como critérios de exclusão prontuários que não informavam o peso ao nascer e/ou idade gestacional e aqueles que se apresentavam incompletos. Com a aplicação dos critérios de exclusão as perdas totalizaram nove prontuários. Assim, 346 prontuários foram analisados.

Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística, utilizando-se o Programa *Statistica Análisis System* (SAS versão 9,2). Na análise, utilizaram-se a distribuição de frequência absoluta e relativa, análise bivariada por tabulação cruzada entre variáveis e o cálculo da significância estatística entre as associações, com o uso do teste Qui-Quadrado, convencionando-se como nível de significância uma probabilidade inferior a 0,05.

O estudo seguiu todas as recomendações constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referentes à pesquisa com seres humanos.⁸ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (CEP/UFSM), sob número 23081.017031/2008-16.

RESULTADOS

Neste estudo considerou-se "N" como o número total da população estudada (n=346) e "n" o número total de prontuários que continham o dado referente à variável a ser analisada.

Em relação à variável sexo (n=346), constatou-se que o masculino (n=179) predominou, com 52%, representando o feminino (n=167), 48% dos recém-nascidos internados na UTIN.

Quanto à idade gestacional ao nascer, 65% dos neonatos eram pré-termos (n=226), enquanto que 34% eram a termo (n=118), e apenas 1%, pós-termo (n=02).

Dos 346 prontuários analisados, 33 não possuíam dados da variável realização do pré-natal pela mãe, assim, apresentou-se como n=313 o número total dos recém-nascidos cujos prontuários informavam este dado. Constatou-se que a maioria das mães, perfazendo 87%, realizou as consultas de pré-natal (n=272), enquanto que 13% (n=41) não as realizaram.

Em relação ao índice de Apgar dos neonatos, este foi classificado em três grupos: de 0 a 3 - Apgar baixo; de 4 a 7 - Apgar moderado, e de 8 a 10 - Apgar adequado. Percebeu-se prevalência de Apgar

adequado, ocorrendo um aumento percentual de 66% (n=205) no primeiro minuto para 90% (n=281) no quinto minuto de vida. Ainda, o Apgar de 4 a 7 obteve um decréscimo, perfazendo 28% (n=86) no primeiro e 9% (n=27) no quinto minuto. O Apgar de 0 a 3 também apresentou redução, totalizando 6% (n=19) no primeiro minuto e menos de 1% (n=2) no quinto minuto de vida.

A figura 1 apresenta a análise realizada, no que se refere às intercorrências ao nascimento, dos recém-nascidos que se internaram na UTIN, sendo que 65% apresentaram intercorrências ao nascimento.

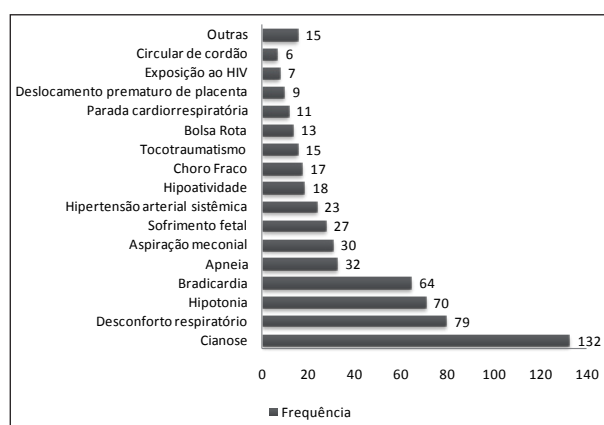


Figura 1 - Intercorrências da gestação, parto e nascimento dos recém-nascidos internados na UTIN no ano de 2006. Santa Maria-RS, 2010

A principal intercorrência ao nascimento foi a cianose, com 23,2%, seguida do desconforto respiratório, com 13,9%, a hipotonia, com 12,3%, a bradicardia, com 11,3%, a apneia, com 5,6%, a aspiração de mecônio, com 5,3%, e o sofrimento fetal, com 4,7%, sendo que outras alterações que apareceram somadas representaram 23,7%.

Além disso, 54% dos neonatos necessitaram de reanimação respiratória ao nascimento. Quanto a isso, verificou-se a utilização de mais de um dispositivo de reanimação respiratória. A oxigenação por máscara prevaleceu com 34,8% como o dispositivo mais utilizado, seguida pela ventilação por pressão positiva (VPP), com 29,8%, e da entubação endotraqueal, totalizando 16,1%.

A figura 2 demonstra os motivos de internação dos recém-nascidos na UTIN, no ano de 2006.

Os principais motivos de internação foram as causas respiratórias, com 43,1%, seguidas pelo baixo peso ao nascer, perfazendo 19,3%, e pela prematuridade, com 12,9%.

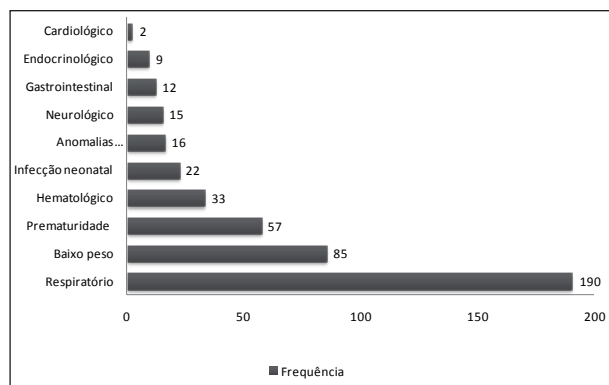


Figura 2 - Motivos de internação dos recém-nascidos na UTIN no ano de 2006. Santa Maria-RS, 2010

Na figura 3 apresentam-se os dados da história diagnóstica durante a internação na UTIN.

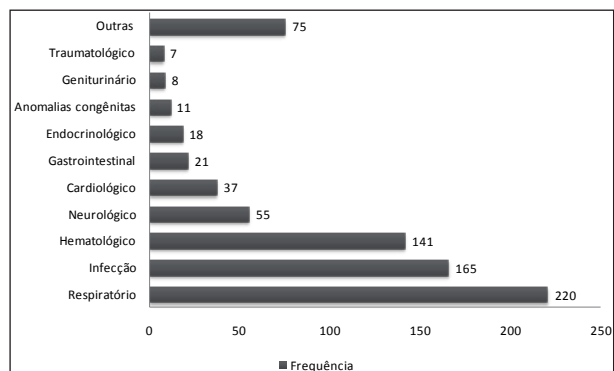


Figura 3 - História diagnóstica dos recém-nascidos durante a internação na UTIN no ano de 2006. Santa Maria-RS, 2010

Dentre os recém-nascidos, 29% desenvolveram distúrbios respiratórios e 21,8% infecção, que, somados, perfazem 50,8% dos casos de morbidades desenvolvidas na UTIN.

O tempo de internação dos neonatos variou de um a 160 dias, sendo que 57% permaneceram na unidade entre um e 15 dias, enquanto que 36% estiveram internados entre 16 e 50 dias. Ressalta-se que apenas 1% permaneceu por mais de 100 dias na unidade.

Nesse sentido, a média do tempo de internação dos neonatos na UTIN, no ano de 2006 foi de 19,6 dias. Entre os sobreviventes, a média de tempo de internação foi de 20,1 dias, e os que foram a óbito tiveram a média de 16,7 dias.

Dos 346 recém-nascidos internados na UTIN, no período, 49 foram a óbito, representando 14,2% da população. A figura 4 apresenta as causas de

mortalidade dos recém-nascidos que se internaram na UTIN.

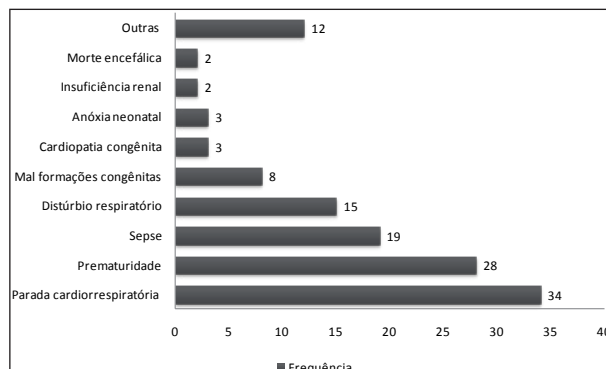


Figura 4 - Causas de óbito na UTIN no ano de 2006. Santa Maria-RS, 2010

Assim, a principal causa de morte foi a parada cardiorrespiratória, com 27%, seguida pela prematuridade, com 22,2%, a septicemia, com 15,1%, e distúrbios respiratórios, com 11,9%.

Ao realizar associação entre as variáveis intercorrências ao nascimento e realização do pré-natal pela mãe, verificou-se que não houve significância estatística ($p=0,3355$). Nesse sentido, destaca-se que 68,54% dos recém-nascidos de mulheres que realizaram o pré-natal apresentaram intercorrências ao nascimento e 61% dos recém-nascidos de mulheres que não realizaram o pré-natal também desenvolveram algum tipo de intercorrência ao nascer.

Ao associar a variável tempo de permanência do neonato na UTIN e realização do pré-natal pela mãe, verificou-se significância estatística ($p<0,05$). Assim, 59,2% dos recém-nascidos de mulheres que realizaram o pré-natal permaneceram internados de um a 15 dias. Enquanto que 46,3% dos recém-nascidos de mulheres que não realizaram o pré-natal estiveram internados de 16 a 50 dias.

DISCUSSÃO

Da população em estudo, 52% dos neonatos eram do sexo masculino e 65% prematuros. Tais resultados corroboram estudo desenvolvido no Estado de São Paulo,⁹ que apontou 51,3% dos neonatos do sexo masculino, bem como os dados relativos aos nascidos vivos no Brasil, em 2008, em que 51% eram do sexo masculino.¹⁰ Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em Recife, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico da mortalidade neonatal, no período de 1999 a 2009, onde 56,39% dos neonatos eram do

sexo masculino.¹¹ Houve também predomínio do sexo masculino, no município de Juiz de Fora, no período de 2002 a 2008.¹²

Constatou-se que o índice de mortalidade dos neonatos internados na UTIN em 2006 foi de 14,16%. Observa-se um aumento desse número, visto que, em estudo anterior, nessa mesma unidade, em 2003, o índice de mortalidade neonatal perfazia 10,3%.¹³ Comparando este índice ao registrado na cidade de Caxias do Sul, também na região sul do Brasil, em 2005,¹⁴ que foi de 8,2%, constata-se que o deste estudo é superior. Ressalta-se que a UTIN em estudo é referência para a macrorregião centro-oeste do Estado do RS e, por vezes, encontra-se com sua capacidade de internação extrapolada com leitos extras, ou seja, superlotada.

Dentre as causas de óbito destacam-se a parada cardiorrespiratória e a prematuridade. Pesquisa realizada com enfoque em recém-nascidos de baixo peso apontou que 78% dos nascimentos foram prematuros, corroborando com o fato de a duração da gestação ser um dos fatores determinantes para o crescimento intrauterino.¹⁵

Apesar de 87% das mulheres terem realizado o pré-natal, verificou-se que 68% dos neonatos dessas mulheres apresentaram algum tipo de intercorrência ao nascimento. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no Brasil apenas uma pequena parcela das mães não realiza pré-natal, o equivalente a menos de 2%, e, ainda, tem-se que a maioria (57%) realizou sete ou mais consultas.¹⁰ Neste estudo, foi considerado sim para o pré-natal somente aquelas mulheres que realizaram seis ou mais consultas, então, as 13% restantes devem ter feito menos de seis consultas, o que estaria inserido nos 43% dos dados do MS.

A probabilidade de óbito neonatal diminui significativamente à medida que aumenta a frequência do número de consultas pré-natais.⁹ Nessa ótica, a morbimortalidade materna e perinatal está relacionada com a inadequação da assistência preconizada pela Política de Humanização Parto e Nascimento.¹⁶ Estudo abordando a mortalidade infantil evitável evidenciou que houve um aumento de 28,3% das mortes relacionadas à inadequada atenção à mulher na gestação, havendo também crescimento de 28,2% do coeficiente de mortalidade dos transtornos relacionados à gestação de curta duração e baixo peso ao nascer.¹⁷

Neste estudo, 66% dos recém-nascidos apresentaram Apgar maior ou igual a 8 no primeiro minuto de vida, e 90% obtiveram Apgar considerado adequado no quinto minuto. O índice de Apgar

possibilita avaliar as condições de vitalidade da criança após o nascimento, sendo que, quanto maiores os seus valores, melhores são as condições de vitalidade do neonato e menores são os riscos de intercorrências ao nascimento.¹⁸

Dados do MS corroboram com os achados desta pesquisa, uma vez que, em 2008, aproximadamente 80% dos nascidos vivos apresentaram Apgar maior de oito no primeiro minuto de vida, e pouco mais de 91% dos casos estava com boa vitalidade no quinto minuto.¹⁰

O baixo peso ao nascer, a idade gestacional, a idade materna, o estado civil, a escolaridade da mãe e o número de consultas de pré-natal são variáveis diretamente relacionadas com a baixa vitalidade do RN associada a um índice de Apgar inferior a quatro.¹⁹

Nesta pesquisa, constatou-se que 65% dos neonatos apresentaram intercorrências no nascimento, prevalecendo o desenvolvimento de cianose e dificuldade respiratória, sendo que os dispositivos de reanimação respiratórios mais utilizados foram a oxigenação por máscara e ventilação por pressão positiva.

Estudo que avaliou os fatores perinatais associados ao óbito em prematuros de muito baixo peso, em São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, apresentou como dispositivos utilizados para a reanimação respiratória: de 61 a 77% a ventilação por pressão positiva; e de 0 a 26% a ventilação acompanhada por massagem cardíaca e/ou drogas. Além disso, estes valores referentes à asfixia perinatal estão fortemente associados ao óbito neonatal precoce.²⁰

Como principais motivos de internação, este estudo apontou causas respiratórias e baixo peso ao nascer. No Brasil, os motivos de internações hospitalares pelo SUS relacionados com afecções perinatais incluem, primeiramente, os transtornos respiratórios e, também, os transtornos relacionados com a idade gestacional e com o crescimento fetal.¹⁰

A morbimortalidade neonatal tende a acentuar-se com o baixo peso ao nascer e mais significativamente com a baixa idade gestacional ao nascer. Nesse sentido, o recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer apresenta características singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extrauterino, frente aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos.²¹

Estudo realizado na UTIN de um hospital, em Tubarão-SC, identificou que quase metade das internações de recém-nascidos devia-se à

prematuridade, seguida pela insuficiência respiratória aguda, pneumonia neonatal, síndrome da aspiração de mecônio e icterícia neonatal. No decorrer da internação, os neonatos desenvolveram complicações respiratórias, perfazendo quase 50% dos casos, seguidas pelas complicações cardíacas, infecciosas, gastrointestinais, neurológicas e hematológicas.²²

Nesta pesquisa, constatou-se que a maioria dos neonatos desenvolveu distúrbios respiratórios durante a internação. Resultado semelhante foi encontrado em neonatos prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, os quais desenvolveram, na sua maioria, síndrome do desconforto respiratório, persistência do canal arterial e septicemia.²⁰

Ainda, nesta pesquisa, destaca-se o desenvolvimento de infecção neonatal durante a internação na UTIN. Isso pode ser atribuído à deficiência do sistema imunológico do recém-nascido, associada aos diversos procedimentos invasivos realizados na UTIN.

Na maioria dos países, as infecções neonatais possuem uma elevada taxa de morbimortalidade neonatal, perfazendo uma média de 15 a 45%, apresentando, muitas vezes, índices maiores quando há ineficiência na assistência pré-natal e ao recém-nascido.²³

Verificou-se que o tempo médio de internação na UTIN foi de 19,6 dias. Salienta-se que resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, os quais obtiveram tempo médio de internação igual a 19 dias.^{14,24} Em outro estudo, a média do tempo de internação dos neonatos na UTIN foi de 14 dias, e, entre os que sobreviveram, de 20 dias.¹⁴ Corroborando com esta pesquisa, uma vez que a média do tempo de permanência dos recém-nascidos sobreviventes na UTIN da referida instituição foi de 20,1 dias.

Foi possível observar resultado semelhante em pesquisa que abordou os fatores de risco para óbito em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando a técnica de análise de sobrevida, onde a média do tempo de internação dos recém-nascidos que evoluíram com alta foi de 19 dias.²⁴

Constatou-se que a existência de intercorrências ao nascimento não possui significância estatística com a realização do pré-natal pela mãe, uma vez que os resultados obtidos apontam que a maioria dos recém-nascidos, tanto das que realizaram as consultas pré-natais, quanto das que não as realizaram, apresentaram algum tipo de intercorrência ao nascer.

Estudo similar que associou as variáveis realização do pré-natal com mortalidade neonatal também não apresentou significância estatística. Isso, possivelmente, deve-se à pequena parcela de mães que não realizam o pré-natal ou, ainda, pela influência de este fator estar mais relacionado com a qualidade do que com a quantidade dessas consultas.²⁵

Neste estudo, apesar de a maioria das mães ter realizado pré-natal, o percentual de intercorrências ao nascer, os índices de mortalidade e a prevalência de diversas morbidades desenvolvidas apresentam-se elevados. Assim, permite-se inferir que o acesso ao serviço de saúde está sendo efetuado, porém questiona-se a qualidade desta assistência pré-natal. É consenso na literatura consultada que a mortalidade neonatal possui relação com a qualidade da assistência pré-natal, de forma que muitos óbitos poderiam ser evitados por meio de um melhor atendimento pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.^{14-16,26}

Segundo dados do MS, 64% dos óbitos neonatais ocorridos no Brasil poderiam ser evitados com a melhoria da qualidade da assistência prestada durante a gestação, parto e ao recém-nascido. Ainda, o Estado do RS apresenta índices elevados de óbitos neonatais que poderiam ter sido evitados, com 62,9%, e um índice ainda maior no município de Santa Maria, com 73,7%.¹⁰

Muitos são os desafios para melhorar a assistência desenvolvida no pré-natal. Entre eles se incluem a capacitação dos profissionais de saúde e maior adesão aos objetivos propostos pelas políticas públicas de saúde referentes ao pré-natal, para reduzir os índices de morbimortalidade infantil. Em pesquisa desenvolvida em Santa Maria-RS, 76% das puérperas havia realizado no mínimo quatro consultas de pré-natal e 43% fizeram sete ou mais consultas, corroborando com os achados deste estudo, onde houve boa adesão das mães às consultas de pré-natal.¹⁵

Outro estudo apontou, ainda, que um número insuficiente de consultas de pré-natal pode ser um fator de risco para o baixo peso.²⁷ Dessa forma, ressalta-se a necessidade de adoção de ações que remetam a um atendimento de melhor qualidade no pré-natal e nascimento, desenvolvendo estratégias mais eficazes para o diagnóstico e intervenção, uma vez que há um alto poder de evitabilidade do baixo peso ao nascer e prematuridade.²⁷

Ressalta-se que o enfermeiro possui papel determinante na adesão às políticas públicas e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade da

assistência pré-natal, uma vez que esse profissional está inserido em todos os níveis de atenção em saúde à mulher e a criança.²⁸ Desse modo, pode agir em equipe, por meio da atuação efetiva na humanização do cuidado, com a finalidade de reduzir os índices de morbimortalidade infantil.

CONCLUSÕES

Conclui-se que, em relação às características dos neonatos que se internaram na UTIN de um hospital de ensino do sul do Brasil no ano de 2006, predominaram os do sexo masculino, prematuros e com índice de Apgar adequado no primeiro minuto. A maioria apresentou intercorrências ao nascimento, destacando-se a cianose e o desconforto respiratório, necessitando de reanimação respiratória, sendo o dispositivo mais utilizado a oxigenação por máscara.

Os principais motivos de internação dos recém-nascidos na UTIN foram os distúrbios respiratórios e o baixo peso ao nascer. As principais causas de óbito foram a parada cardiorrespiratória e a prematuridade.

Constatou-se que, apesar de uma elevada parcela das mães ter realizado as consultas de pré-natal, ao cruzar essa variável com intercorrências ao nascimento não houve significância estatística. Entretanto, ao associar a variável realização do pré-natal pela mãe com o tempo de permanência do neonato na UTIN, obteve-se relevância estatística.

Acredita-se que tais achados sejam relevantes e que contribuirão para o planejamento da assistência à mulher no período perinatal e ao neonato, no parto e nascimento, na cidade e região de abrangência do estudo, e também, que eles possam balizar outros estudos semelhantes desenvolvidos na realidade nacional. Apontam-se como limitação do estudo os registros incompletos nos prontuários.

Recomenda-se que os enfermeiros, como profissionais comprometidos com a promoção da saúde, visem estratégias que possibilitem o acolhimento e o acesso da gestante ao acompanhamento pré-natal com qualidade, contemplando as necessidades de saúde do binômio mãe-bebê. Nesse sentido, acredita-se que, a partir do momento em que a gestante é assistida de forma adequada, é possível minimizar os agravos à saúde do recém-nascido, proporcionando assistência de qualidade à mãe e ao neonato.

Espera-se que este estudo possibilite uma reflexão crítica sobre como este tema vem sendo

abordado na formação dos futuros enfermeiros bem como incentive o desenvolvimento de outras pesquisas que aprofundem a questão da qualidade da assistência pré-natal, visando minimizar as taxas de morbimortalidade infantil em seu componente neonatal.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a contribuição do Prof. Dr. Luis Felipe Lopes na análise estatística, o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e do Fundo de Incentivo a Pesquisa (FIPE) da Universidade Federal de Santa Maria.

REFERÊNCIAS

1. Fischer TK, Lima D, Rosa R, Osório D, Boing AF. A mortalidade infantil no Brasil: série histórica entre 1994-2004 e associação com indicadores sócio-econômicos em municípios de médio e grande porte. *Rev Medicina*. 2007 Out-Dez; 40(4):559-66.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [online]. [acesso 2010 Abr 16] Disponível em www.ibge.gov.br
3. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (BR). Curso de capacitação: AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Brasília (DF): MS; 2003.
4. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 Nov-Dez; 15(6):1171-6.
5. Gonçalves R, Urasaki MB, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2008 Mai-Jun; 61(3):349-53.
6. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 Jun; 29(2):238-45.
7. Hospital Universitário de Santa Maria. Histórico [online]. Santa Maria, 2010 [2010 Mai 31]. Disponível em <http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>
8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília (DF); 2003.
9. Ortiz LP, Oushiro DA. Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva. 2008 Jan-Jun; 22(1):19-29.

10. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [online]. [2010 Out 27]. Disponível em www.datasus.gov.br
11. Rocha R, Oliveira C, Silva DKF, Bonfim C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. *Rev Enferm UERJ*. 2011 Jan-Mar; 19(1):114-20.
12. Lemos R, Frônio J, Neves L, Ribeiro L. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de *follow-up*. *Revista de APS*. 2010 Mai; 13(3):277-90.
13. Tadielo BZ, Neves ET. A caracterização da morbimortalidade dos recém-nascidos internados na UTI-Neonatal do HUSM no ano de 2003 [trabalho de conclusão de curso]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Enfermagem; 2008.
14. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005 Out-Dez; 5(4):463-69.
15. Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 Mar; 32(1):86-92.
16. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005 Nov; 27(3):103-5.
17. Malta DC, Duarte EC, Escalante JCC, Almeida MF, Sardinha LMV, Macário EM, et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010 Mar; 26(3):481-491.
18. Gabani FL, Sant'anna FHM, Andrade SM. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. *Cienc Cuid Saúde*. 2010 Abr-Jun; 9(2):205-13.
19. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 Ago; 23(8):1886-92.
20. Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianov RS, Leone CR, Marba STM, Rugolo LMSS, Luz JH, Lopes JMA. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. *J Pediatr*. 2008 Jul-Ago; 84(4):300-07.
21. Vieira CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enfermagem*. 2009 Jan-Mar; 18(1):74-82.
22. Izidório SS, Meneghel K. Prevalência da abordagem fisioterapêutica e das principais disfunções na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Nossa Senhora da Conceição durante o segundo semestre de 2002 [2010 Out 28]. Disponível em www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03b/susana/artigosusanadesousa.pdf
23. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2009.
24. Risso SP, Nascimento LFC. Fatores de risco para óbitos em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando a técnica de análise de sobrevida. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010 Mar; 22(1):19-26.
25. Carvalho ABR, Brito ASJ, Matsuo T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. *Rev Saúde Pública*. 2007 Dez; 41(6):1003-12.
26. Geib LTC, Fréu CM, Brandão M, Nunes ML. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Mar; 15(2):363-70.
27. Gonçalves AC, Costa, MCN, Braga JU. Análise da distribuição espacial da mortalidade neonatal e de fatores associados, em Salvador, Bahia, Brasil, no período 2000-2006. *Cad Saúde Pública*. 2011 Ago; 27(8):1581-92.
28. Martins EF. *Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, em Belo Horizonte, Minas Gerais [tese]*. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2010.