

Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR

Association between prenatal care and neonatal deaths, 2000-2009, Londrina-PR

Asociación entre asistencia prenatal y muertes neonatales, 2000-2009, Londrina-PR

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari^I, Maria Rita Bertolozzi^{II}, José Carlos Dalmas^{III}, Edmarlon Giroto^{IV}

^I Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Londrina-PR, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo-SP, Brasil.

^{III} Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Exatas, Departamento de Estatística. Londrina-PR, Brasil.

^{IV} Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Farmacêuticas. Londrina-PR, Brasil.

Submissão: 28-10-2012 Aprovação: 25-02-2014

RESUMO

Analisou-se a assistência pré-natal de mães de recém-nascidos que evoluíram para óbito no período neonatal, por meio de pesquisa quantitativa tipo coorte retrospectiva, entre 2000 e 2009, Londrina-PR. Quase a totalidade das mulheres realizou o acompanhamento pré-natal (91,4%), sendo 55,1% até seis consultas. Nos dez anos, o baixo número de consultas (≤ 6) predominou. Houve relação estatisticamente significativa entre número de consultas pré-natais e variáveis sociodemográficas maternas ($p < 0,004$) e características do parto e do recém-nascido ($p < 0,001$). O parto cirúrgico predominou entre mulheres com ≥ 7 consultas (71,3%). Entre mulheres com ≤ 6 consultas pré-natais, 65,9% dos nascimentos ocorreram antes de 32 semanas de gestação, 79,8% dos recém-nascidos apresentaram Apgar ≤ 6 no 1º minuto e 51,7% peso ≤ 1.000 gramas. A maioria dos óbitos ocorreu no período neonatal precoce (72,6%). Para a redução de mortes neonatais, ressalta-se a necessária atenção pré-natal qualitativa e integral no município, considerando-se, além das condições biológicas, as condições socioeconômicas maternas.

Descritores: Gestação; Cuidado Pré-Natal; Mortalidade Neonatal; Condições Sociais.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the prenatal care for mothers of infants who died in the neonatal period, in Londrina-PR, through a quantitative retrospective cohort study, between 2000 and 2009. Almost all women held the prenatal care (91.4 %), with 55.1 % up to six consultations. In ten years, the low number of visits (≤ 6) predominated. There was a statistically significant relationship between the number of prenatal visits and maternal sociodemographic variables ($p < 0.004$) and characteristics of the labor and the newborn ($p < 0.001$). The surgical delivery was predominant among women with ≥ 7 queries (71.3 %). Among women with ≤ 6 prenatal visits, 65.9 % of births occurred before 32 weeks of gestation, 79.8 % of the newborns had Apgar scores ≤ 6 at 1 minute and 51.7 % weight ≤ 1000 grams. Most deaths occurred in the early neonatal period (72.6 %). We highlight the necessity of qualitative and integrative prenatal care in this city, considering beyond biological conditions but also maternal socio-economic conditions in order to reduce neonatal deaths.

Key words: Pregnancy; Prenatal Care; Neonatal Mortality; Social Conditions.

RESUMEN

Se analizó la asistencia prenatal de madres de recién nacidos que fueron a óbito en el período neonatal, vía pesquisa cuantitativa del tipo cohorte retrospectiva, entre 2000 y 2009, Londrina-PR. Casi todas las mujeres realizaron atención prenatal (91,4%) siendo 55,1% hasta seis consultas. En diez años predominó el bajo número de consultas (≤ 6). Hubo una relación estadísticamente significativa entre consultas y variables sociodemográficas maternas ($p < 0,004$), características del parto y recién nacido ($p < 0,001$). El parto quirúrgico prevaleció las mujeres con ≥ 7 consultas (71,3%). Entre las mujeres con ≤ 6 consultas, 65,9% nacimientos antes de las 32 semanas de gestación, 79,8% recién nacidos tuvieron Apgar ≤ 6 al primero minuto y 51,7% peso inferior a 1.000 gramos. La mayoría de las muertes produjeron en el período neonatal precoz (72,6%). Es notoria la necesidad del prenatal cualitativo e integral en el municipio, en que se consideren, además de la situación biológica, las condiciones socioeconómicas maternas, para reducción de las muertes neonatales.

Palabras clave: Gestación; Cuidado Prenatal; Mortalidad Neonatal; Condiciones Sociales.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

E-mail: ropimentaferrari@uel.br

INTRODUÇÃO

A formulação e a execução de políticas públicas para a saúde materno-infantil no Brasil instituiu-se a partir da década de 1970, com objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade. Foram desenvolvidas iniciativas de suplementação alimentar, de cobertura vacinal, de assistência à gestante, parto e planejamento familiar e de atenção à saúde da criança e do adolescente. Vários programas continuaram, foram reformulados e ampliados e alguns vigoram até a atualidade.

Entre os principais programas, o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (SIS-Pré-Natal), tem como intuito: melhorar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, subsidiando as unidades federativas (União, Estados e Municípios), com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Estudos mostram que a partir da década de 1980, a relação entre as políticas e programas materno-infantis instituídas para reduzir os índices de mortalidade, apesar de seus limites, refletiram na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal. Entretanto, pouco se avançou para a efetivação de políticas públicas que favorecessem melhor atenção à saúde materna⁽¹⁻²⁾.

Muitos dos agravos relacionados à morte neonatal poderiam ser preveníveis, nos países em desenvolvimento, utilizando-se tecnologias simples e de baixo custo, beneficiando tanto a mulher como a criança. Algumas pesquisas mostraram que, entre as mortes neonatais, pouco mais da metade ocorreu no período neonatal precoce, decorrente de infecções urinárias e sexualmente transmissíveis, diabetes e hipertensão arterial materna não diagnosticada e tratada no momento ideal, provocando o nascimento de bebês de muito baixo peso e prematuros⁽¹⁻⁴⁾.

Outros estudos evidenciaram também que a mortalidade neonatal está fortemente ligada às disparidades socioeconômicas, condições de vida materna e de acesso aos serviços de saúde além das condições biológicas como: peso ao nascer, Apgar e idade gestacional, no Brasil e respectivas regiões^(2,5-9). Ressalta-se que durante o pré-natal os cuidados são mais custo-efetivos, enquanto que, os investimentos na tentativa de sobrevida de crianças nascidas por agravos maternos são onerosos por, muitas vezes, necessitarem de serviços especializados e de alta complexidade⁽³⁻⁴⁾. Para tanto, se torna necessário investimentos na área da saúde com ênfase nos programas antenatais e perinatais reestruturando as políticas de saúde municipais e regionais no intuito de qualificar o atendimento e respectivas intervenções que são potencializadoras para a redução do número elevado do óbito neonatal tais como: planejamento familiar, assistência pré-natal, acompanhamento do trabalho de parto e parto humanizado, assistência ao recém-nascido na sala de parto e na unidade neonatal, acompanhamento puerperal e rede de apoio dos serviços de referência e contrarreferência materno-infantil. Também, sem dúvida, investimentos na educação permanente dos profissionais que atuam nestes serviços^(1,3,6,10-11). Pois, cabe ao sistema de saúde manter uma rede integrada de assistência para assumir o caráter da responsabilização e disponibilizar

atendimento em todos os níveis de atenção do primário ao terciário, articulando-se aos demais setores, o socioeconômico e a infraestrutura, os quais têm interface estreita com a saúde da população e refletem diretamente nas condições de vida da mulher e criança^(1-3,6-7).

Desta forma, considerando que a condição de vida materna e comorbidades durante o período gestacional afetam diretamente o recém-nascido, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a assistência pré-natal de mães de recém-nascidos que evoluíram para óbito no período neonatal.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa quantitativa do tipo coorte retrospectiva, no período de 2000 a 2009, utilizando-se dados da Declaração de Nascido Vivo (DN), da Declaração de Óbito (DO) e das Fichas de Investigação do Óbito Infantil do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI). O município de Londrina se localiza na região norte do Paraná, possui uma população de aproximadamente 511.000 habitantes e é constituída por um sistema de saúde que oferece atendimento em 54 Unidades Básicas de Saúde na área rural e urbana, serviço móvel de urgência e emergência, laboratórios e pronto atendimento ambulatorial.

Nos 10 anos (2000 a 2009), verificaram-se 793 óbitos de crianças menores de um ano de idade, sendo 783 investigados pelo CMPMMI e, destes, 537 (68,6%) ocorreram no período neonatal (0 a 27 dias), incluídas neste estudo. Excluíram-se os óbitos do componente pós-neonatal (≥ 28 dias) por não configurarem causas básicas de morte relacionadas a afecções maternas e perinatais.

As variáveis de estudo foram: *acompanhamento pré-natal* (número de consultas, início, classificação de risco ou não, exames de imagem e laboratorial, vacinação, local em que foi realizado, afecções gestacionais); *características sociodemográficas maternas* (faixa etária, escolaridade, renda familiar, ocupação e situação conjugal); *características do parto e do recém-nascido* (tipo de parto, idade gestacional, Apgar no 1º e 5º minuto, peso ao nascer e período do óbito); e *causa básica do óbito*, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Entre as causas básicas de óbito, foram investigadas: Algumas afecções originadas no período perinatal (Capítulo XVI, P00-P96): feto e recém-nascidos afetados por outras afecções maternas (P08-P018); feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (P00-P04); infecções específicas do período perinatal (P35-P39) e transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P20-P29).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a julho de 2010. Os dados foram digitalizados em banco de dados no programa computacional Epi Info 2002® e analisados no Statistical Package for the Social Sciences®, utilizando-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer, para a análise univariada e bivariada, com o valor descritivo final de $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo mediante a autorização da Diretoria de

Atenção à Saúde da Autarquia Municipal, processo nº CAAE 0044.0.196.000-09/843/2009.

RESULTADOS

O acompanhamento no programa pré-natal foi realizado por 91,4% das mulheres. Quanto ao número de consultas, a variação foi elevada, entre uma e vinte consultas, sendo 296 (55,1%) entre uma e seis vezes e 195 (36,3%) sete ou mais vezes. Em sua maioria (71,7%), as mulheres iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. Durante o pré-natal, 33,5% gestações foram diagnosticadas de risco e menos de 20,0% foram encaminhadas para o Ambulatório do Hospital das Clínicas (AHC), serviço especializado e de referência regional. Quanto aos exames de rotina, 14,3% das mulheres não realizaram o exame de ultrassonografia e 13,8% exames laboratoriais. A informação sobre a cobertura da vacina antitetânica foi registrada no caso de 47,7% mulheres, ressaltando-se que, para mais da metade (52,3%), este dado não foi informado (Tabela 1).

Verifica-se na Tabela 1 que o acompanhamento no programa pré-natal, ocorreu, em maior frequência, no serviço público do município (62,3%), sendo 41,3% exclusivamente na Unidade Básica de Saúde (UBS). Parte das mulheres que recorreram ao serviço privado (4,9%) também buscaram atendimento no serviço público (UBS e Ambulatório).

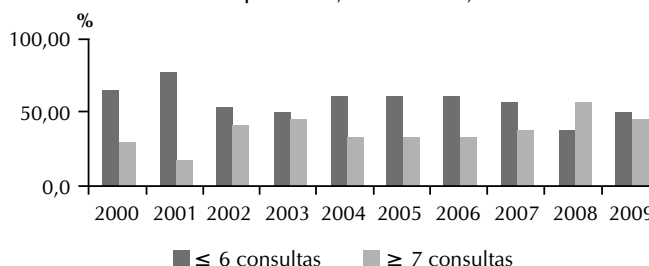
Tabela 1 – Características do acompanhamento no programa de pré-natal, 2000-2009, Londrina-PR

Acompanhamento no Programa de Pré-Natal	n	%
Nº de Consultas pré-natal		
1 a 6	296	55,1
≥ 7	195	36,3
Não fez	45	8,4
Início do Pré-Natal (em trimestre)		
Primeiro	385	71,7
Segundo	101	18,8
Terceiro	2	0,4
Diagnóstico no Pré-Natal		
Risco	180	33,5
Sem Risco	357	66,5
Exames realizados no Pré-Natal		
Ultrassonografia (USG)		
Sim	460	85,7
Não	77	14,3
Laboratoriais (sangue e urina)		
Sim	463	86,2
Não	74	13,8
Atualização Vacinal Antitetânica		
Sim	256	47,7
Não	281	52,3
Local do Pré-Natal*		
Unidade Básica de Saúde (UBS)	203	41,3
Consultório convênio/particular	140	28,5
UBS e Ambulatório público de alto risco	84	17,1
UBS e convênio/particular	22	4,5
Ambulatório público de alto risco	19	3,9
Ambulatório público de alto risco e convênio/particular	2	0,4

Nota: Todos os percentuais excluem as informações ignoradas: *Calculado total = 491.

Quanto ao acompanhamento no pré-natal, observa-se que, na quase totalidade dos anos, a maior porcentagem das mulheres realizou menos de sete consultas, exceto em 2008 (Figura 1). Ressalta-se que entre as mulheres que realizaram de uma a seis consultas pré-natal (55,1%), 19,1% fizeram de uma a três e 41,1% entre quatro e seis.

Figura 1 - Distribuição das mulheres segundo número de consultas pré-natal, 2000-2009, Londrina-PR



Na Tabela 2 observa-se que, entre as mulheres que realizaram até seis consultas no pré-natal, 27,0% eram adolescentes (12 a 19 anos), 36,5% tinham menos de sete anos de estudo, 18,6% renda inferior a um salário mínimo, 37,5% tinham ocupação remunerada e 17,2% não tinham companheiro. Ao contrário, verifica-se que, entre as mulheres que realizaram mais de sete consultas pré-natal, 12,3% eram adolescentes, 21,0% tinham escolaridade abaixo de sete anos, 8,2% renda inferior a um salário mínimo, cerca de 57,0% eram remuneradas e 8,7% não tinham companheiro.

Tabela 2 - Número de consultas pré-natal segundo características sociodemográficas maternas, 2000-2009, Londrina-PR

Características sociodemográficas maternas	Nº de consultas pré-natal*				Valor p =
	≤ 6		≥ 7		
	n	%	n	%	
	296	100,0	195	100,0	
Faixa Etária (em anos)					
12 a 19	80	27,0	24	12,3	
20 a 27	110	37,2	76	39,0	
28 a 35	77	26,0	59	30,2	≤0,001
≥ 36	29	9,8	36	18,5	
Escolaridade (em anos)					
≤ 3	32	10,8	8	4,1	
4 a 7	76	25,7	33	16,9	
8 a 11	154	52,0	92	47,2	≤0,001
≥ 12	33	11,1	60	30,8	
Renda Familiar (em salários mínimos)					
≤ 1	55	18,6	16	8,2	
2 a 4	119	40,2	69	35,4	≤0,001
≥ 5	30	10,1	55	28,2	
Ocupação					
Remunerada	111	37,5	111	56,9	≤0,001
Não remunerada	179	60,5	80	41,0	
Situação Conjugal					
Com companheiro	240	81,1	176	90,3	
Sem companheiro	51	17,2	17	8,7	≤0,004

*Total = 491; Nota: Todos os percentuais excluem as informações ignoradas.

Na Tabela 3 verifica-se que entre as mulheres que realizaram menos de seis consultas pré-natal, 79,4% na UBS, enquanto que, entre as que realizaram mais de sete consultas, 54,3% no consultório convênio/particular. Quanto ao diagnóstico de risco gestacional aproximadamente 50,0% foram acompanhadas em sete e/ou mais consultas pré-natais. A quase totalidade das mulheres que realizaram ≤ 6 consultas apresentaram algum tipo de afecção gestacional e, em contrapartida, 88,2% fizeram ≥ 7 consultas. Quanto ao tipo de afecção gestacional observa-se também que, entre as mulheres que realizaram menos de seis consultas, 15,9% apresentaram hipertensão arterial (HAS), 79,4% evoluíram para o trabalho de parto prematuro (TPP) e 36,1% desenvolveram doenças renais e de vias urinárias (ITU).

Tabela 3 - Número de consultas pré-natal segundo características do acompanhamento no programa de pré-natal, 2000-2009, Londrina-PR

Características do Acompanhamento no Programa de Pré-natal	Nº de consultas pré-natal*				Valor p=
	≤ 6		≥ 7		
	n	%	n	%	
	296	100,0	195	100,0	
Local do Pré-Natal**					
Unidade Básica de Saúde (UBS)					
Sim	235	79,4	96	49,2	$\leq 0,001$
Não	61	20,6	99	50,8	
Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC)					
Sim	59	19,9	44	22,6	$\geq 0,005$
Não	237	80,1	151	77,4	
Convênio/particular					
Sim	57	19,3	106	54,3	$\leq 0,001$
Não	239	80,7	89	45,6	
Diagnóstico no Pré-natal					
Risco	83	28,0	97	49,7	$\leq 0,001$
Sem risco	213	72,0	98	50,2	
Afecções Gestacionais					
Sim	278	93,9	172	88,2	$\leq 0,020$
Não	18	6,1	23	11,8	
Tipo de Afecções Gestacionais					
Hipertensão arterial sistólica (HAS)					
Sim	47	15,9	47	24,1	$\leq 0,006$
Não	249	84,1	148	75,9	
Trabalho de Parto Prematuro (TPP)					
Sim	235	79,4	131	67,2	$\leq 0,030$
Não	61	20,6	64	32,8	
Doenças renais e vias urinárias (ITU)					
Sim	107	36,1	68	34,9	$\geq 0,050$
Não	189	63,9	127	65,1	

*Total = 491;

**Múltipla opção; Nota: Todos os percentuais excluem as informações ignoradas.

Com relação às características do parto, verifica-se na Tabela 4, que as mulheres que realizaram menos de sete consultas no pré-natal evoluíram para o parto vaginal (59,8%),

enquanto que, as com mais de sete para o parto cirúrgico (71,3%). Também que 65,9% das mulheres que realizaram até seis consultas evoluíram para o parto prematuro extremo (≤ 31 semanas de gestação), 51,7% dos bebês nasceram com menos de 1.000 gramas e, aproximadamente 60,0%, em asfixia grave no 1º minuto de vida. Ao contrário, entre as mulheres que realizaram mais de sete consultas foi menos frequente o parto prematuro extremo, o baixo peso e asfixia grave. Mais de 70,0% dos recém-nascidos evoluíram para o óbito antes de completar sete dias de vida, tanto entre as mulheres que realizaram mais e menos de sete consultas.

Tabela 4 - Número de consultas pré-natal segundo características do parto, do recém-nascido e do período do óbito, 2000-2009, Londrina-PR

Características do Parto e do Recém-Nascido	Nº de consultas pré-natal*				Valor p=
	≤ 6		≥ 7		
	n	%	n	%	
	296	100,0	195	100,0	
Tipo de Parto					
Cirúrgico	119	40,2	139	71,3	$\leq 0,001$
Vaginal	177	59,8	56	28,7	
Idade Gestacional (em semanas)					
22 a 31	195	65,9	83	42,6	$\leq 0,001$
32 a 36	44	14,9	49	25,1	
≥ 37	50	16,9	59	30,2	
Apgar 1º minuto					
Asfixia grave (0 a 3)	177	59,8	73	37,4	$\leq 0,001$
Asfixia moderada (4 a 6)	59	20,0	49	25,1	
Sem asfixia (≥ 7)	54	18,2	73	37,4	
Apgar 5º minuto					
Asfixia grave (0 a 3)	77	26,0	30	15,4	$\leq 0,003$
Asfixia moderada (4 a 6)	68	23,0	39	20,0	
Sem asfixia (≥ 7)	145	49,0	126	64,6	
Peso ao Nascer (em gramas)					
< 1.000	153	51,7	63	32,2	$\leq 0,001$
1.000 a 2.499	97	32,8	65	33,3	
≥ 2.500	46	15,5	67	34,4	
Período do Óbito					
Neonatal precoce (0-6 dias)	215	72,6	141	72,3	$\geq 0,508$
Neonatal tardio (7-27 dias)	81	27,4	54	27,7	

*Total = 491; Nota: Todos os percentuais excluem as informações ignoradas.

Do total dos óbitos neonatal, 77,6% (417) ocorreram por algumas afecções originadas no período perinatal (Cap. XVI, P00-P090), sendo 33,6% por feto e recém-nascidos afetados por outras afecções maternas (P08-P018) e 23,5% por feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (P00-P04), seguidas por 21,1% infecções específicas no período perinatal (P35-P39) e 17,3% por transtornos respiratórios e cardiovasculares no período perinatal (P20-P29).

DISCUSSÃO

Quanto ao acesso à atenção pré-natal, nos serviços de saúde, estudos apontam que a partir da implantação do programa SIS Pré-Natal houve melhora significativa, mas ainda não atende a totalidade das mulheres das áreas de abrangência das

unidades de atendimento⁽¹²⁻¹⁴⁾. Autores afirmam que lacunas e desigualdades na atenção pré-natal, parto e pós-parto persistem devido à inadequada interlocução entre os serviços de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, sendo necessário maior investimento na atenção básica, considerando-se imprescindível interferir, sobretudo, na forma como ocorre o relacionamento e o vínculo entre as UBS com os hospitais e serviços, para a prevenção e promoção da saúde materna e perinatal^(7,14).

A baixa efetividade do programa pré-natal foi evidenciada em pesquisa realizada a partir de uma amostra de 2.422 gestantes em atendimento nos serviços de pré-natal de baixo risco da rede do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro⁽¹⁴⁾, bem como no registro no SISPRENATAL e cartão da gestante de 1.489 puérperas internadas para parto no Sistema Único de Saúde, no município de São Carlos, São Paulo⁽¹³⁾. Outros estudos também verificaram que a cobertura pré-natal foi inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, até sete consultas^(4-5,12). Tais achados indicam a necessária implementação de estratégias para ampliar a captação precoce das gestantes e qualificar os registros dos profissionais de saúde no programa.

Embora quase a totalidade das mulheres tenha frequentado o serviço de saúde, os dados deste estudo mostrou que o número de consultas no pré-natal foi insuficiente, se comparada com a média estipulada pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, ao longo dos anos de estudo aumentou gradativamente a porcentagem de mulheres que realizaram de sete e mais consultas. O aumento da cobertura de pré-natal também foi identificado nos indicadores de processo SISPRENATAL^(4,12,14). Por outro lado, mesmo que as mulheres realizem número adequado de consultas, também podem apresentar problemas e ter desfecho desfavorável da gestação, visto que ações de rotina no programa apresentam fragilidades na identificação e no tratamento de doenças passíveis de detecção precoce e prevenção^(9-11,14-15).

No presente estudo, também se observou que as gestantes que buscaram atendimento particular/convênio fizeram de sete e mais consultas pré-natal, ao contrário daquelas que frequentavam a rede básica de saúde, que fizeram até seis consultas. A maioria iniciou o atendimento no primeiro trimestre de gestação. Fato interessante observado nos resultados foi que a menor frequência nas consultas de pré-natal esteve associada com a menor idade materna, escolaridade e renda, bem como, com as variáveis não ter companheiro e ocupação não remunerada. Outros estudos encontraram a relação entre mortalidade neonatal com características maternas, baixo número de consultas no pré-natal, faixa etária entre 12 e 24 anos e piores condições socioeconômicas, como as do presente estudo, também que, a maioria das mortes, ocorreu no período neonatal precoce^(5,8,11,16-17). Além destes condicionantes para a mortalidade neonatal, outros países, identificaram o maior índice entre populações com diferenças socioculturais e étnico-raciais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Ressalta-se que

não basta ter acesso aos serviços de saúde e aos exames, é preciso que os profissionais responsáveis pelo atendimento tenham e utilizem o conhecimento clínico, pois é ele que fornece os subsídios necessários para a intervenção

nas situações adversas, contribuindo para a redução da mortalidade⁽⁹⁾.

Ao contrário deste estudo, os resultados da pesquisa de coorte realizada em Pelotas-RS, de 1982 a 2004, evidenciaram que o número médio de consultas pré-natal aumentou de 6,7 para 8,1 e a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre da gravidez diminuiu de 14,8% para 7,0%. Concluíram que esse aumento de cobertura foi maior entre mães e crianças de baixa renda⁽¹⁸⁾.

A realização dos exames de imagem (ultrassonografia), laboratoriais e vacinação antitetânica, nos registros do presente estudo, não ocorreram na totalidade das fichas das mulheres que fizeram o acompanhamento pré-natal. Tais evidências foram identificadas em outras pesquisas, como também, o melhor acesso ao exame de imagem entre as mulheres com maior renda^(12-14,16,18-19). Ressalta-se que a realização deste exame em número e qualidade possibilita melhor datação da gestação, evitando o pós-datismo e as induções desnecessárias, diagnóstica gestações múltiplas com estabelecimento da corionicidade e malformações fetais fornecendo subsídios para intervenções precisas diminuindo os índices de mortalidade perinatal^(10-11,14-17).

Outro dado relevante, encontrado na presente pesquisa, foi que a totalidade das mulheres que realizaram o pré-natal, desenvolveu algum tipo de afecção durante a gestação, predominantemente o trabalho de parto prematuro, seguido pelas infecções do trato urinário. Tais afecções são consideradas fatores determinantes para a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a sepse neonatal e, conseqüentemente, para o óbito neonatal que pode ser reduzido por meio de um adequado controle durante o pré-natal^(5,8-9,15,17). Ressalta-se que a antecedência do parto, pode também, estar relacionado com o baixo número de consultas no pré-natal encontrado nos resultados deste estudo. Vale referir que a qualidade da assistência pré-natal reduz os agravos maternos mediante a detecção precoce e, conseqüentemente, os índices de nascimentos prematuros por causas maternas evitáveis e mortes desnecessárias^(5,8-11,15-17). Portanto, há necessidade da efetivação de programas antenatais para a redução de partos prematuros e risco de morte neonatal^(1,3,10-11).

Os nascimentos prematuros, o extremo baixo peso e a asfíxia neonatal foram observados nos resultados desta pesquisa e apresentaram relação estatística com o número de consultas no pré-natal. A maioria dos recém-nascidos evoluiu para o óbito no período neonatal precoce. Tais evidências se confirmam em outras pesquisas^(8,17). Ao contrário, a tendência da mortalidade perinatal, em Belo Horizonte, reduziu se comparada à neonatal tardia, em especial entre as mulheres com gravidez do tipo única, ao parto vaginal, a idade materna entre 20 e 34 anos, e idade gestacional de 28 semanas e mais⁽²⁰⁾.

O parto pré-termo é um dos grandes problemas de saúde pública, que pouco evoluiu com o avanço da medicina, contribuindo com elevados números de óbitos neonatais comumente relacionados à baixa efetividade do pré-natal, problemas ginecológicos e sociais que afetam tanto a mulher como o conceito e, na maioria das vezes, dependem de um melhor funcionamento dos recursos disponíveis na rede de assistência à saúde da mulher^(1-6,11,15-16).

CONCLUSÃO

Pode-se averiguar nos resultados da presente pesquisa que o número de consultas no pré-natal apresentou associação estatística com as condições socioeconômicas maternas, características do parto e de nascimento das crianças que foram a óbito no período neonatal, em sua maioria, com menos de sete dias de vida. Infere-se que tais resultados mostram a pouca efetividade da assistência pré-natal no município, aumentando o número de mortes neonatais, por causas que poderiam ser evitadas durante a concepção. Ressalta-se que outras

pesquisas de cunho avaliativo são necessárias para identificar as possíveis lacunas nos serviços ginecológicos e obstétricos prestados às mulheres residentes no município que dificultam a execução de uma assistência equitativa e integral para que se reduzam as mortes neonatais consideradas evitáveis por medidas de prevenção e promoção à saúde materna. Tais medidas fundamentalmente executadas na rede de atenção primária pela equipe de saúde, em especial, pela equipe de enfermagem, maior contingente de profissionais para realizar o acompanhamento sistemático das gestantes, nas respectivas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* 2008 Abr-Jun;17(2):107-19.
2. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 12 dez 2011];377:1863-76. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazil-por6.pdf>
3. Katz J, Lee AC, Kozuki N, Lawn JE, Cousens S, Blencowe H, et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. *Lancet.* 2013 Aug 3;382(9890):417-25.
4. Vidal SA, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2011 Mar;45(3):467-74.
5. Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Rev Gaúch Enferm.* 2011 Mar;32(1):86-92.
6. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009 Maio-Jun;62(3):387-92.
7. Narchi NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 jun;44(2):266-73.
8. Vanderlei LCM, Simões FTPA, Vidal AS, Frias PG. Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010 Out-Dez;(4):449-58.
9. Zanini RR, Moraes AB, Giugliani ERJ, Riboldi J. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. *Rev Saúde Pública.* 2011 Fev;45(1):79-89.
10. Pinheiro CEA, Peres MA, D'Orsi E. Aumento na sobrevivência de crianças de grupos de peso baixo ao nascer em Santa Catarina. *Rev Saúde Pública.* 2010 Out;44(5):776-84.
11. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010;10(Suppl 1):S1.
12. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(6):1053-64.
13. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública.* 2011 Out;45(5):854-64.
14. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):425-37.
15. Ravelli AC, Tromp M, Eskes M, Droog JC, Jager KJ, Reitsma JB, et al. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health.* 2011 Aug;65(8):696-701.
16. Bryant AS, Worjolah A, Caughey AB, Washington AE. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Apr;202(4):335-43.
17. Granzotto JA, Fonseca SS, Lindemann FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. *Rev AMRIGS.* 2012 Jan-Mar;56(1):57-62.
18. Cesar JA, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Barros FC, Victora CG, et al. A utilização de serviços de saúde materno-infantil em três coortes de base populacional no Sul do Brasil, 1982-2004. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Suppl 3):s427-s36.
19. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009 Nov;25(11):2507-16.
20. Martins EF, Lana FCF, Maria E. Tendência da mortalidade perinatal em Belo Horizonte, 1984 a 2005. *Rev Bras Enferm.* 2010 Maio-Jun;63(3):446-51.