Condições de nascimento do RN, segundo variáveis relativas ao pré-natal e ao parto, no hospital municipal de Cobilândia em Vila Velha-ES, no ano de 2002

Elaine Guedes Gonçalves de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração:
Saúde Materno-Infantil

Orientadora:
Profª Drª Néia Schor

São Paulo
2004

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:___/___/_____.

45742/2005 doc

DEDICATÓRIA

Ao meu pai "in memoriam", cujo brilho nos olhos não esqueço jamais, ao saber da minha aprovação na prova de seleção para o curso de mestrado. Brilho que refletia sua felicidade e orgulho, pois para ele caminhar em frente, transpor barreiras e crescer, sempre foram seus objetivos de vida.

Nem toda a felicidade por concluir um estudo, realizado com tanta dificuldade, diminui a saudade do seu abraço apertado...

Sua filha "GUERREIRA".

AGRADECIMENTOS

A Deus, infinitamente bom, que o seu nome seja bendito pelos benefícios que me hás concedido. Indigno eu seria, se os atribuísse ao acaso dos acontecimentos, ou ao meu próprio mérito. Aos Bons Espíritos, executores das vontades de Deus, agradeço-vos e especialmente ao meu anjo guardião. Obrigado meu Deus, pelo bom pensamento que me foi inspirado.

Os meus sinceros agradecimentos ao meu amado marido que me mantém no rumo, nivelando sempre os dois pratos da minha balança, e aos meus filhos, tesouros de minha vida, pela paciência, colaboração e incentivo constante, que tanto contribuíram para a concretização deste trabalho acadêmico;

À minha mãe querida que, com seu dinamismo e alegria, tanto pôde me ajudar, dando-me forças quando as incertezas e decepções me abatiam; a ela todo o meu mais profundo agradecimento, por toda dedicação desde bebê, até os dias atuais, pelos cuidados em toda minha existência, que contribuem de forma definitiva para meu aperfeiçoamento de forma plena;

Ao Prof. João Sossai que, incansavelmente, repartiu suas opiniões, experiências e saber, colorindo e iluminando este período de tantas frustrações e realizações;

Aos meus amigos queridos, que contribuiram com tanta paciência ouvindo a narração detalhada dos acontecimentos no decorrer deste mestrado;

Ao Spike, meu fiel companheiro, sempre presente durante as longas horas de estudo;

Às pessoas, as quais ajudaram a dar forma a uma idéia:
Adriana de Moura
Antônio Carlos Oliveira
Edward e Maria Elisa Dantas
Valéria Amorim
Zildete R. Silva

À equipe de digitação do Centro de Processamento de Dados da Prefeitura de Vitória, pela informatização dos dados, permitindo a tabulação e análise estatística.

À Secretaria de Saúde de Vila Velha, pelo fornecimento das informações necessárias, que contribuíram para a realização deste trabalho.

À Profª Néia Schor, toda minha gratidão e reconhecimento pela valiosa orientação recebida.

ÍNDICE

PREÂMBULO 1

1. INTRODUÇÃO 4
1.1 Justificativa 5
1.2 Revisão da Literatura 6

2. OBJETIVOS 20
2.1 Geral 20

2.2 Específicos 20

3. MATERIAL E MÉTODOS 21
3.1 Tipo de estudo 21

3.2 Caracterização do município de estudo 21
3.2.1 Aspectos sócio-demográficos 21
3.2.2 Condições de vida 21
3.2.3 Sistema Municipal de Saúde 22

3.3 Caracterização do local de estudo 26

3.4 População objeto do estudo 27

4. COLETA DE DADOS 28

4.1 Procedimento de coleta de dados 28

4.2 Instrumento 28

4.3 Processo de Obtenção e Análise dos Dados 28

4.4 Consistência dos Dados 29

4.5 Codificação das Variáveis 30
4.5.1 Classificação do RN quanto ao Apgar 32
4.5.2 Classificação do RN quanto ao Peso 32
4.5.3 Classificação do RN quanto a Idade Gestacional 32

4.6 Variáveis de Estudo 33
4.6.1 Variáveis relativas à assistência pré-natal 33
4.6.2 Variáveis relativas às gestantes 33
4.6.3 Variáveis relativas ao momento do parto 34
4.6.4 Variáveis relativas ao RN 35
4.6.5 Variáveis relativas aos óbitos neonatais 35

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 36

5.1 Características do Recém-nascido 36

5.1.1 Peso ao Nascer 36
5.1.2. Apgar 40
5.1.3. Idade Gestacional 44

5.2 Variáveis Relativas ao Peso e Óbito Neonatal 46

5.3 Características da Assistência ao Pré-Natal 49
5.3.1 Trimestre de início 49
5.3.2 Número de Consultas Realizadas 50

5.4 Características Maternas 52
5.4.1 Idade 52
5.4.2 Escolaridade 54
5.4.3. Paridade 55

5.5. Características de Assistência ao Parto 56
5.5.1 Exame Físico Especializado e Partograma 56
5.5.2 Tipo de Parto 58

5.6. Aleitamento Materno 61

5.7 Intercorrências no Pré-natal 63
5.7.1 Ruptura Precoce das Membranas Amnióticas (RPM) 64
5.7.2 Infecção do Trato Urinário 65
5.7.3 Hipertensão Arterial 66

5.8 Intercorrências durante o parto 68

5.9 Principais Causas de óbitos do RN 69

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____ 75

7. REFERÊNCIAS _____ 78

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Compromisso para realização de Pesquisa
Anexo 2 – Formulário para Coleta de Dados em Prontuário
Anexo 3 – Formulário para admissão da gestante e Folha de Evolução do parto do Hospital Municipal de Cobilândia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de RN de baixo peso em Vila Velha-ES, no período de 1996 a 2000 13

Tabela 2 - Taxas de mortalidade infantil, por componentes neonatal e pós-neonatal, segundo as regiões do Brasil, em 1999 17

Tabela 3 – Distribuição dos CMI, percentual do coeficiente, para o município de Vila Velha e o Estado do Espírito Santo, nos anos 2000 e 2001 18

Tabela 4 - Perfil de Mortalidade em Menores de 01 Ano no Município de Vila Velha, Espírito Santo, segundo a incidência das patologias durante os anos de 1994 a 2000 19

Tabela 5 – Índice de Desenvolvimento Social nos municípios de Vila Velha, Vitória e no Estado do Espírito Santo, no ano de 2003 22

Tabela 6 – Unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos em Vila Velha, no ano de 2001 24

Tabela 7 – Distribuição da rede hospitalar do município, segundo a natureza e o número total de leitos para o Sistema Único de Saúde (SUS) 25

Tabela 8 - Distribuição de recém-nascidos, segundo peso ao nascer. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 36

Tabela 9 - Distribuição de recém-nascidos, segundo condição de sobrevivência e peso ao nascer. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 39

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos, segundo o score de Apgar no primeiro minuto.Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 44

Tabela 11 - Distribuição dos recém-nascidos, segundo idade gestacional e peso ao nascer. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 46

Tabela 12 - Distribuição de recém-nascidos, segundo ocorrência de abortos em gestações anteriores e ocorrência de óbito na gestação atual. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 47

Tabela 13 - Distribuição de recém-nascidos, segundo peso ao nascer e presença de baixo peso ao nascer em gestações anteriores. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 47

Tabela 14 - Distribuição de recém-nascidos, segundo peso ao nascer e presença de prematuridade em gestações anteriores. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 48

Tabela 15 - Distribuição de gestantes, segundo o trimestre de início de pré-natal. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 49

Tabela 16 - Distribuição de gestantes, segundo o trimestre de início do pré-natal e o número de consultas. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 51

LISTA DE TABELAS

Tabela 17 - Distribuição de gestantes, segundo o local de residência. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 52

Tabela 18 - Distribuição das gestantes, segundo faixa etária. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002. 53

Tabela 19 - Distribuição de gestantes segundo o Registro de Exame Físico Adequado. Hospital Municipal de Cobilãndia, Espírito Santo, 2002 57

Tabela 20 - Distribuição de gestantes segundo tipo de parto e qualidade do registro do exame físico. Hospital Municipal de Vila Velha, Espírito Santo, 2002 57

Tabela 21 – Distribuição de recém-nascidos, segundo tipo de parto e presença de sofrimento fetal. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 60

Tabela 22 - Distribuição de recém-nascidos segundo tipo de parto e contato com o seio materno. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 62

Tabela 23 - Distribuição de recém-nascidos, segundo a causa de óbito, ocorrido durante internação na UTIN do Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002 69

RESUMO

OLIVEIRA, E.G.G de. **Condições de nascimento do RN, segundo variáveis relativas ao pré-natal e ao parto, no Hospital Municipal de Cobilândia, em Vila Velha – ES, no ano de 2002.** São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo]

Este trabalho, um estudo de caso, analisou 715 nascimentos e 23 óbitos neonatais, ocorridos em um Hospital Municipal de Vila Velha, Espírito Santo, no período de janeiro a dezembro de 2002. A análise descritiva dos dados foi possível, mediante a utilização de um formulário pré-codificado, em que foram registradas as informações dos prontuários médico-hospitalares de gestantes e de recém-nascidos e depositadas em um banco de dados e informatizado pelo programa estatístico "EpiInfo" versão 6.0. As associações entre as variáveis foram estudadas com o cálculo do $\chi 2$ e nível de significância $p<0,001$. Com o objetivo de analisar as condições de nascimento do recém-nascido, foram estudadas e relacionadas as seguintes variáveis: Apgar, peso de nascimento e idade gestacional, algumas características sócio-demográficas das gestantes, condições de saúde ou agravos durante a gestação e parto, história genésica, início do pré-natal e número de consultas realizadas, tipo de parto, contato com o seio materno ainda na sala de parto, patologias apresentadas pelo recém-nascido no período neonatal precoce e causas de óbito neonatal, no caso de falecimento da criança. Resultados: da população de estudo, 98% das gestantes eram alfabetizadas, com uma média de idade de 23,7 anos e 25,4% das gestantes eram adolescentes (acima da média nacional), sendo 40,7% primíparas, das quais 50,5% realizaram até cinco consultas de pré-natal e iniciaram em maior número o atendimento pré-natal no primeiro trimestre. O pré-natal foi classificado como inadequado pois apresentou captação precoce baixa (46,5%) e apenas 48,5% das gestantes realizaram mais de cinco consultas. Cerca de 60,8% das gestantes apresentaram patologias passíveis de diagnóstico precoce e tratamento. O parto normal ocorreu em 70,4% dos casos. A incidência de baixo peso foi de 9,5% e de muito baixo peso 1,6%. As principais características relacionadas às más condições de nascimento do RN estão associadas positivamente às gestantes com história de abortos, RN com baixo peso ao nascer e RN prematuros em gestações anteriores, gestantes multíparas, gestantes adolescentes e gestantes que apresentaram patologias durante a gravidez tais como: ruptura precoce das membranas amnióticas, infecção do trato urinário e hipertensão.

Descritores: Cuidado pré-natal. Atenção ao recém-nascido. Gestante. Aleitamento materno. Avaliação de serviços. Mortalidade neonatal. Recém-nascido baixo peso.

Summary

OLIVEIRA EGG de. **Newborn birth conditions according to variables related to prenatal and childbirth in Hospital in Cobilândia, Vila Velha – ES in 2002.** São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo].

The present case study analyzed 715 births and 23 neonatal deaths occurred in a Municipal Hospital in Vila Velha, southeastern Brazil, between January and December 2002. We carried out a descriptive analysis of the data based on a pre-coded questionnaire into which we entered information from the medical charts of pregnant women and newborns. Informations were entered into a computerized database using EpiInfo v. 6.0 software. Associations between variables were studied using chi-squared tests and a $p<0.001$ significance level. In order to analyze the birth conditions of newborns, the following variables were studied and related: Apgar, birth weight and gestational age, health conditions and maternal complications during pregnancy and delivery, onset of prenatal care and number of visits, mode of delivery, contact with maternal breast while still in the delivery room, diseases in the newborn during the early neonatal period, and causes of neonatal death in case the baby died. Results: 98% of the study population was literate; mean age was 23.7 years and 25.4% of mothers were adolescents (which is higher than the national average); 40.7% of mothers were primiparous, of which 50.5% had up to five prenatal visits and most of them began prenatal during the first trimester. Prenatal was classified as inadequate due to the low level of early onset (46.5%) and to only 48.5% of pregnant women having attended more than five visits. Approximately 60.8% of pregnant women showed diseases responsive to early diagnosis and treatment. Normal delivery occurred in 70.4% of cases. The incidence of low birth weight was 9.5% and of very low birth weight, 1.6%. Major characteristics related to poor conditions of the newborn at birth were positively associated with mothers with history of miscarriage, prior low birth weight and preterm delivery, multiparous mothers, adolescent mothers, and mothers presenting during pregnancy diseases such as premature rupture of the membranes, urinary tract infections, and hypertension.

Keywords: Prenatal care. Newborn care. Pregnancy. Breastfeeding. Service evaluation. Neonatal mortality. Low birth weight.

PREÂMBULO

Como mulher, o questionamento em relação às condições de nascimento do RN e suas repercussões para "ele" próprio, para sua família e para a sociedade sempre esteve presente em minha vida, de forma contundente.Considero ser inerente ao ser humano que, por sua natureza gregária, necessita questionar e entender, para prosseguir e evoluir em grupos, em família ou em sociedade. Como médica, natural seria buscar melhorar a qualidade na assistência, nas orientações dadas, diferenciando as atenções, a fim de estreitar as relações médico-pacientes e, com isso, contribuir para a otimização dos resultados.

Na qualidade de pediatra, perturbador era saber, entender e experimentar o ter e o não ter, o fazer e o não fazer e, principalmente, o ser e o não querer ser.

Por todas essas reflexões, na condição de mulher, brasileira, burguesa, graduada em medicina em Universidade particular (Universidade Gama Filho), no Rio de Janeiro, em plena década de 80, pensava, entendia e sentia que o começo das mudanças e das diferenças poderia ocorrer com o nascimento ou com a transformação de um ser, a mulher, em outro quase que totalmente diferente, a mãe, e que essas mudanças poderiam "salvar", por fazer renascer em atitudes e pensamentos, uma pessoa que, mediante atenção, cuidados individualizados e diferenciados, também poderia dedicar atenção e cuidados aos seus filhos, tornando-se multiplicadora ao seu redor e, quem sabe, refletir no pensar e no agir do mundo.

São 15 anos de formada, sendo 13 desses anos, dedicados à pediatria, especialização esta realizada no Hospital da Siderúrgica Nacional em Volta Redonda – RJ, onde os ensinamentos podiam ser colocados em prática, visto que sua clientela era constituída de milhares de funcionários da Siderúrgica e, pela filosofia de comprometimento e manutenção do bem-estar da empresa com seus funcionários, os cuidados se faziam de forma diferenciada e eficaz. Tudo isso logo mudou, quando a forma de assistência à saúde desses funcionários passou a ser feita através da medicina privada, que passou a massificar e uniformizar o atendimento.

Na pós-graduação de Pediatria, pude participar de equipes multiprofissionais na orientação de gestantes em grupos, ou individualmente, de acordo com a necessidade e característica de cada uma. Tive a oportunidade de continuar a orientação dessas mulheres nos alojamentos conjuntos, sobre primeiros cuidados com o RN, aleitamento materno e cuidados com ela própria. Fechava o ciclo com o trabalho dedicado aos grupos de mães, divididas de acordo com a faixa etária da criança a ser atendida no Centro de Puericultura. Experimentei, por diversas vezes, o doce sabor da satisfação ao observar os resultados nas taxas de aleitamento materno, nas doenças evitáveis, na nutrição das crianças, entre outros.

Ao trabalhar em vários Estados (RJ, MG e ES), pude analisar criticamente porque aquela sensação de dever bem feito estava sumindo. Como médica pediatra, atuando em várias frentes, como unidades intensivas neonatais e pediátricas, berçários, salas de emergência e enfermarias, tanto no setor privado quanto no público, notei, ao longo do tempo, que minha atuação servia apenas para minimizar efeitos dos problemas. Trabalhando nas grandes cidades, em locais com equipamentos de ponta, pessoal treinado e super especializado, ou no interior, onde se aguça mais e mais o bom senso, percebi anestesiar-se o poder de crítica e de luta, diante das deliberações políticas e econômicas vigentes. Por outro lado, percebi a importância da pesquisa, ao me defrontar com culturas diferentes (como a da Arábia Saudita, onde morei por quase um ano), porém com problemas tão semelhantes aos nossos, e tão distantes da realidade experimentada por uma nação desenvolvida como os EUA, que erra por ter a ética esbarrando-se, a todo o momento, com o capitalismo utilizado quase como doutrina, mas acerta quando estuda, pesquisa e comprova, mostrando que contra fatos não cabem recursos.

Por todos esses questionamentos e após vivenciar, morar e trabalhar em tantos lugares diferentes, decidi envolver-me com os fatos.

Moro e trabalho no Espírito Santo há quase 10 anos, e resolvi usar, como energia, o incômodo que experimento há tantos anos em minha profissão.

Reconheci que a magnitude de tantos questionamentos não caberia em uma visão centralizadora e que, pela amplitude da abordagem dos fatos na Saúde Pública, poderia me "encontrar".

Considerei não haver forma mais eficiente para lutar pela equidade e universalidade como a pesquisa, a comprovação ou, pelo menos, a constatação de fatos potencialmente evitáveis.

A possibilidade de descortinar novos horizontes, por meio da realização do Mestrado em Saúde Pública, utilizando os dados (ou problemas) do local onde moro, e poder contribuir para comprovações científicas através da pesquisa, característica ainda muito tímida no estilo de políticas de saúde do município, fez-me acreditar que ainda posso experimentar o doce sabor do trabalho bem feito...

1. INTRODUÇÃO

Esforços crescentes para diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil, envolvendo a implantação de vários programas de saúde materna e infantil pelos governos (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN – MS 2000; *Making Pregnancy Safe* – MPR - OMS 2000), são justificados pela repercussão, não apenas para o indivíduo, mas para a família e para a sociedade.

Em todo o mundo, mulheres estão tendo algum tipo de complicação originada no período pré, peri ou pós-parto, como sangramentos, hipertensão, abortos e outras. A maioria dessas complicações poderia ter sido prevenida e evitada. Esse sofrimento, portanto, totalmente desnecessário, poderia simplesmente não estar acontecendo. Bastaria que essas mulheres tivessem acesso aos serviços de boa qualidade de pré-natal, de assistência ao parto e puerpério, que fossem oferecidos de forma universal, porém diferenciada, de acordo com as particularidades de cada caso.

Para TANAKA (1986), o fenômeno reprodutivo não se dá isoladamente do contexto em que a mulher vive, mas é afetado por fatores biopsicosociais. As condições de saúde da mulher são importantes durante a sua vida reprodutiva, pois intercorrências ocorridas nesse período podem afetar a saúde do recém-nascido.

Ao reconhecer a gestação como uma fase natural da vida dos seres humanos, necessária a todos os seres vivos para reprodução e perpetuação de sua espécie, esse período não deveria estar acompanhado de sentimentos de ansiedade, angústia e, até mesmo, medo, próprios de um estado de doença. A vida deveria fluir de forma natural, com alteração de seu curso apenas para adaptação a um novo momento.

MARCONDES (1992) analisa essa fase como um processo fisiológico, porém com modificações no organismo materno, que o colocam no limite do patológico.

Por ser um período com características próprias, com riscos próprios, a gestante deve ser devidamente controlada, principalmente se já existirem patologias prévias.

Ao longo da evolução da espécie, foram construídas formas de tornar essa fase mais segura. Porém, a inacessibilidade e a precariedade dos serviços de saúde contribuem para a manutenção de taxas elevadas de mortalidade materna e infantil em muitos países.

Alguns autores advertem que a efetividade do pré-natal não pode ser limitada aos efeitos sobre o baixo peso ao nascer e a prematuridade, vários outros objetivos podem ser alcançados, mediante orientações sobre o cuidado com a própria saúde e do seu filho, mudanças no estilo de vida, com abordagem sobre o uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, nutrição na gravidez, aleitamento materno, entre outros. Daí a importância do aumento sistemático de cobertura da assistência pré-natal.

1.1 Justificativa

No Brasil, a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, elaborado pelo Ministério da Saúde, promoveu um aumento na cobertura e no número de consultas no pré-natal, visando a diminuição nas taxas de prematuridade e baixo peso ao nascer, mortalidade materna e neonatal. No entanto, os resultados alcançados ainda estão muito distantes do esperado.

Constata-se a heterogeneidade da cobertura e da qualidade da assistência, determinada por dificuldades, como descontinuidade nas gerências municipais, qualificação insuficiente de recursos humanos, modelo assistencial voltado para a assistência curativa, falta de decisão política para implementação das ações no nível municipal, entre outras.

No município de Vila Velha, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher vem sendo concretizado, mediante várias ações da Secretaria de Saúde, voltadas ao planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, investigação do óbito materno, controle e prevenção de DST/AIDS, atenção à mulher vítima de violência e outras.

Atualmente, a Secretaria Municipal, juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde, vêm elaborando mecanismos a fim de habilitarem o município

para a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e pós-parto.

Mesmo após tantas mudanças e reestruturações nos programas de assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos, não se dispõe de evidências de estudos científicos sobre análise da tendência temporal da utilização e adequação dos serviços pré-natais, relacionando com os efeitos no recém-nascido, na cidade envolvida no estudo.

A proposta de identificar as características da assistência pré-natal e ao parto surge como forma de obter parâmetros dos atuais aspectos da promoção da saúde, a fim de que se possa, através de estudos de impacto, analisar futuramente a implantação do PHPN e seus resultados na cidade de Vila Velha.

1.2 Revisão da Literatura

Nenhum indicador está mais relacionado à pobreza de um país do que a mortalidade materna e infantil. É amplamente divulgado que mulheres pobres são muito mais suscetíveis a morrerem ou a terem complicações decorrentes da gestação do que aquelas em melhores condições sócio-econômicas. A gravidez e o parto costumam ser apontados como expressões importantes do estado de saúde da mulher.

PAIM E COSTA (1982) descreveram a evolução da mortalidade infantil, em diferentes capitais brasileiras, no período de 1960 a 1979. Sabe-se que a mortalidade proporcional dos menores de um ano nas capitais brasileiras, na década de 70, esteve estatisticamente correlacionada com indicadores sócio-econômicos, relativos à renda mensal, salário, educação, porém, esta correlação se modificava em função de características locais, ou por fatores que ocorreram no espaço e tempo próprios de cada região. Notam-se diferenças de magnitude dos CMI entre as capitais.

Observa-se relação entre o modelo de desenvolvimento implantado no Brasil nessa época e a evolução da mortalidade infantil. O acúmulo de capital não se fez de modo homogêneo. A urbanização e as migrações internas ocorreram de forma irregular, houve um aumento da pobreza, resultante da diminuição do poder

aquisitivo dos salários e pelo aumento da concentração de renda, o que nas grandes cidades se exacerbou, visto o grande contingente populacional nas periferias urbanas, onde eram poucos os meios de consumo coletivo. Observa-se, nessa época, crescimento econômico, com PIB crescente e estatisticamente correlacionado positivamente com a mortalidade infantil.

No Rio Grande do Sul, relacionaram-se as taxas elevadas de mortalidade infantil à posse da terra. Em Porto Alegre, em 1960, o CMI foi mais elevado do que no Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, no entanto em 1978, Porto Alegre apresentou uma diminuição no CMI de cerca de 50%, inferior às demais capitais, com o componente neonatal ligeiramente superior ao pós-neonatal, refletindo uma melhoria das condições de saúde, na segunda metade da década de 70. O período de 1968 a 1973 corresponde ao período no qual se verificam as maiores taxas de mortalidade infantil em São Paulo e Belo Horizonte. Vale ressaltar que, até 1974, o Estado brasileiro "não privilegiou políticas sociais capazes de diminuir os efeitos do modelo de crescimento econômico concentrador e excludente" (PAIM 1981). No que se refere à variação dos componentes neonatal e pós-neonatal da mortalidade infantil, há aumento das taxas de mortalidade neonatal, próprias de áreas em que a criança é gerada e nasce em condições adversas, levando-se em conta o fenômeno das migrações internas, originando as populações marginais (que ocorreram em maior intensidade em SP e Salvador, em função do crescimento industrial verificado nessa fase). Conclui-se que o desenvolvimento econômico nessas capitais não era proporcional às políticas sociais, levando ao empobrecimento e exclusão da população que emergia nos grandes centros dessa época.

Segundo COSTA e VICTORA (1996), estudos realizados no Sul e no Nordeste do Brasil evidenciam que a cobertura de ações básicas de saúde da criança é sistematicamente superior nos estratos com níveis sócio-econômicos mais elevados, quando comparadas às crianças mais pobres, que são as que mais necessitam de cuidados.

NEUMANN (2000) refere que os que mais necessitam dos serviços de saúde são os menos beneficiados pelos mesmos, quando cita Hart, que nomeia esse fenômeno universal de "lei de assistência inversa". No Brasil, vários trabalhos mostram a imensa desigualdade social, além da desigualdade no acesso aos Serviços de Saúde. Na década de setenta, SIQUEIRA (1975) já salientava que a

assistência pré-natal, quando realizada de maneira adequada, identifica riscos, controla patologias existentes, previne intercorrências para o desenvolvimento normal do feto e proporciona condições adequadas para o parto. Porém, para que sejam alcançados os objetivos da assistência pré-natal, é preciso um número adequado de consultas, com início nas primeiras semanas de gestação, assegurando o acompanhamento do desenvolvimento fetal e identificação de patologias maternas com intervenção e tratamento precoces, evitando-se, com isso, partos prematuros, baixo peso, entre outros resultados negativos.

SARASQUETA (1996), em Buenos Aires, no período de 1988 a 1994, investigou todos os nascimentos registrados no Sistema Informático Perinatal. Todos foram revistos, mas apenas os nascimentos de bebês com idade gestacional entre 38-41 semanas foram estudados. O estudo analisou a relação entre ausência de controle pré-natal (CP), número de consultas e idade gestacional na primeira consulta e restrição de crescimento intra-útero (RCIU), mortalidade fetal (MF) e mortalidade neonatal precoce (MNP). Estudos anteriores haviam comprovado que uma fração de, aproximadamente, 25,0%, nunca havia realizado pré-natal, sendo esses resultados desfavoráveis mais marcantes na população empobrecida atendida em hospitais públicos.

Os resultados revelaram taxa elevada de ausência de pré-natal (20,8%), sendo esta taxa ainda maior em gestantes que apresentaram hemorragias no terceiro trimestre, RCIU, Mortalidade fetal e Mortalidade neonatal. Gestantes diabéticas apresentaram menor taxa de ausência de pré-natal. Foi comprovada idade gestacional tardia na primeira consulta (média de 28 semanas) já no segundo trimestre, assim como o número de consultas no limite inferior recomendado, sendo menor, principalmente, nos casos de RCIU e morte fetal, com começo do pré-natal mais tardio em multigestas.

Esse estudo transformou-se em referência de grande importância para o diagnóstico da situação perinatal, assim como para avaliar a qualidade das ações de saúde e sua eficiência.

Em estudos realizados em Criciúma, no ano de 1996 (NEUMANN 2000), observou-se que mulheres de baixa renda iniciaram seu pré-natal mais tardiamente, ou não o fizeram, ou receberam atendimento com menor qualidade técnica. Entre

os dez procedimentos de pré-natal pesquisados, apenas a prescrição de ferro foi significativamente maior entre as mais pobres. Em relação a exames ginecológicos especular e de mamas, a população com melhor poder aquisitivo teve até duas vezes mais procedimentos. O autor analisa o resultado encontrado a partir da probabilidade de os mais pobres terem menor poder de pressão sobre os serviços de saúde na reivindicação de atendimento de qualidade.

Avaliando-se o atendimento ao Parto/RN, o alojamento conjunto teve maior prevalência na população de menor renda, no entanto, constatou-se que essas mães receberam menos orientação sobre cuidados com a criança e amamentação, concluindo-se que: "As mães pobres são justamente as menos escolarizadas e com presumível menor acesso às informações necessárias".

Tornam-se imperiosas, segundo SARASQUETA (1996), a revisão e análise dos resultados negativos do processo de atenção perinatal, por meio de estudos que analisem as causas dessa falha estrutural. O mesmo sugere estudos desenhados com a participação das gestantes, como receptoras do controle pré-natal, para análise das razões dessas falhas. Fatores como pobreza, distância para chegar às instituições, as tarefas maternas, a falta de turnos de atendimento e a provável despersonalização da assistência, entre outros, poderiam estar limitando a acessibilidade, a cobertura precoce e uma assistência periódica de qualidade adequada.

Fatores como escolaridade, idade e renda são, geralmente, positivamente correlacionadas com o número de consultas no pré-natal, o desejo da gravidez e, até mesmo, com o peso do recém-nato (GAMA 2002).

Na literatura, tem sido descrito que a morte materna leva à grave conseqüência, em âmbito familiar e social, considerado o papel exercido pela mãe, na maior parte das vezes, principal ponto de sustentação da família, tanto no que se refere aos cuidados com o bebê e aos aspectos afetivos, quanto em relação ao sustento da família, quando economicamente ativa. A falta da mãe causa grandes dificuldades aos filhos maiores e dificuldade maior, ainda, de sobrevivência ao recém-nascido, alterando todo o rumo natural de existência e inter-relacionamento dos componentes desse grupo.

Apesar de as taxas de mortalidade materna estarem em declínio, ainda existem milhões de neonatos morrendo a cada ano. Os que sobrevivem, malgrado as doenças maternas, má nutrição e cuidados de baixa qualidade, estão fadados a uma saúde comprometida, com risco de retardos no aprendizado e até traumas permanentes, diminuindo a qualidade de vida dessas crianças (OMS 1994).

Em pesquisa nacional, por amostra de domicílios, para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde, constatou-se que cerca de 31,0% da procura se davam para atendimentos em pré-natal e parto, e que 62,5% desses atendimentos ocorriam através do SUS (IBGE 1998). Ainda de acordo com os dados dessa pesquisa, verificou-se que cerca de um terço dos que procuraram atendimento médico o fizeram em busca de assistência pré-natal e parto, e que mais da metade dessa população utilizava os serviços públicos. Daí, a grande responsabilidade do poder público para com essa parcela da população, já que de cada consulta, exame ou procedimento, serão sempre dois indivíduos que sofrerão as conseqüências desses atos.

De acordo com os princípios e diretrizes do Programa de Humanização de Pré-Natal e Parto - PHPN, toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação, no parto e puerpério. (...) e que seja realizado de forma humanizada e segura (...). Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal e que seja realizada de forma humanizada e segura (Ministério da Saúde - MS 2000).

Em função dessas questões, o Ministério da Saúde preconiza o número de cinco consultas, no mínimo, durante a gestação, sendo a primeira consulta realizada no primeiro trimestre de gravidez (MS 2000).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento está sendo implantado em várias cidades do Brasil, como incentivo à assistência pré-natal, com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e recém-nascidos. É executado, de forma articulada, pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal, e está ampliando o acesso a essas ações, o incremento de qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal.

A assistência à saúde materna deficitária, a desnutrição materna ou ambas, são responsáveis por taxas elevadas de baixo peso ao nascer (BPN), pré-termos e recém-nascido com retardo ou restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), contribuindo para a elevação da mortalidade perinatal e, conseqüentemente, da morbidade e mortalidade infantil. O crescimento fetal é determinado pelo potencial genético associado a fatores ambientais. O peso ao nascer e a idade gestacional são os principais parâmetros para avaliação do tamanho do feto e sua morbi-mortalidade (BERTAGNON 1991).

Vários estudos (TEIXEIRA 1993, LEITE 1996) realizados, apontam o BPN como o maior fator de risco, seguido da prematuridade, dada a sua magnitude na participação da morbi-mortalidade infantil, principalmente, nos primeiros meses de vida, contribuindo com maior incidência na mortalidade neonatal específica.

LUCENA (1998), em um levantamento bibliográfico no período de 1990 a 1996 sobre o baixo peso ao nascer, relacionado à restrição do crescimento e à prematuridade no Brasil, concluiu ser inversamente proporcional a incidência de baixo peso às condições socioeconômicas das populações estudadas, indicando a ocorrência de assistência materno-infantil insatisfatória desde o pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, referindo que até que se tenha melhora nas condições sócio-econômicas das populações e na qualidade da assistência primária materno-infantil, o baixo peso, analisado em vários estudos mantém-se como um problema de saúde pública para o Brasil.

O BPN deve ser diferenciado entre os RN com prematuridade e com idade gestacional adequada (PTAIG), RN pequenos para idade gestacional (PIG) e RNBPN definido como RN com peso abaixo de 2500g, que pode englobar tanto os PT quanto os PIG na mesma categoria.

Por várias décadas, acreditou-se que os RN PIG apresentavam maturidade mais acelerada, como resultado do sofrimento intra-uteino prolongado (USHER 1970, STAHLMAN 1981). No entanto, vários estudos (TYSON 1995, PIPER 1996, SIMCHEN 2000) demonstraram que prematuros PIG têm alto risco de mortalidade e morbidade e não apresentam declínio na incidência da morbidade por patologias respiratórias, contradizendo o fato anteriormente atribuído ao estresse, como favorável à sobrevivência. Segundo SIMCHEN e col. (2000), RNPT com

restrição do crescimento parecem apresentar maiores taxas de mortalidade e de infecção, quando comparados aos RNPT adequados à idade gestacional (AIG).

RICHARDSON e col. (1998) em um estudo prospectivo entre duas cohortes, durante cinco anos cada (1989-1990 e 1994-1995), no mesmo hospital em Boston, entre RN prematuros muito baixo peso (MBP), com menos de 1500g, observaram que a mortalidade em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) diminuiu de 17,1% para 9,5%. Cerca de 1/3 dessa redução relacionou-se aos bebês em melhores condições de saúde na admissão, refletindo melhor assistência no pré-natal e no parto e 2/3 à melhor assistência perinatal, com efetivo cuidado intensivo ao RN. O uso do surfactante, ventilação mecânica e pressores mais eficazes, associado ao uso de corticoide antes do parto, contribuíram de forma expressiva para o aumento da sobrevivência dos RN prematuros MBP. AVERY (1998) observa o impacto do uso de surfactante no período neonatal e aponta como primordial, atualmente, para a qualidade da sobrevida.

A despeito de mudanças drásticas na neonatologia nas últimas décadas, com evidente queda da mortalidade, o maior desafio para a Saúde Pública é a prevenção do nascimento do prematuro extremo (VOHR 2000), devido à grande vulnerabilidade às infecções e complicações a que esses RN são expostos, inviabilizando sua sobrevivência ou sua qualidade de vida. Há vinte e cinco anos atrás, fetos menores que 1000g ao nascimento e com menos que 28 semanas de gestação eram classificados como muito pequeno para sobreviverem e toda e assistência prestada, antes e depois do nascimento, era baseada nesse preceito (BOTTOMS 1998). O termo "limite de viabilidade", período que compreende as 22 semanas (BATTON 1998, LEE 2000), tornou-se fator importante como guia para decisões médicas e familiares, tanto antes, como depois do nascimento.

É reconhecido que a idade gestacional representa o grau de maturidade dos sistemas metabólicos e anatômicos no RN e a funcionalidade desses implicará nas condições de sobrevivência do recém-nascido. Todo recém-nascido deve ter avaliação da idade gestacional pelo exame físico, pela importância de análise de riscos, quando associado a outros fatores, como peso, tipo de parto e outros.

FLORITA ARENO, em 1984, fez uma revisão do cálculo da idade gestacional e observou que a idade gestacional, calculada a partir do primeiro dia

da data da última menstruação (DUM), referida pela mãe, em trabalhos realizados em países desenvolvidos, apresentou concordância de 80,0 a 95,0% com o tamanho do concepto ao nascimento. Já em países em desenvolvimento, esta informação foi falha, resultante da dificuldade apresentada por mulheres em fornecer com segurança este dado, além do uso de anticoncepcional de forma irregular, hemorragias pós-concepcionais, curto intervalo entre os partos, inviabilizando a obtenção da mesma.

Após várias pesquisas, para estimativa clínica da idade gestacional, USHER (1966), DUBOWITZ (1970) e CAPURRO e Col. (1978) produziram diferentes escalas para a avaliação da idade gestacional. Destas, o método de Capurro (baseado em cinco variáveis somáticas e duas neurológicas) e o escore de BALLARD e col. (1991) que inclui os RN extremamente prematuros, que avalia maturidade física e neuromuscular, de forma proporcional, são os mais utilizados. A avaliação da idade gestacional, mediante características físicas (M. de Capurro), pode ser confundida, se fatores como asfixia, desconforto respiratório, entre outros, estiverem presentes. No entanto, o método de Capurro é o mais utilizado no Hospital em estudo e, ainda, em nosso meio, independente das condições e do peso ao nascer.

Ao se verificar a proporção de RN de baixo peso em Vila Velha, no período de 1996 a 2000, observa-se um aumento gradual, não obstante os esforços quanto à ampliação da cobertura, investimentos financeiros para maior número de exames de apoio diagnóstico durante o pré-natal, equipamentos de ponta em nível hospitalar e outros (tabela 1).

Tabela 1 - Proporção de RN de baixo peso em Vila Velha-ES, no período de 1996 a 2000.

	Percentual de RN Baixo Peso em Vila Velha				
Ano	1996	1997	1998	1999	2000
PercentuaL	7,53	7,59	7,76	7,91	7,95

Fonte: SIM/SINASC, 2001.

A assistência pré-natal tem, por objetivo principal, reduzir a morbidade e a mortalidade, tanto materna quanto infantil, mediante o contato freqüente da gestante com os serviços de saúde, aumentando as chances de saúde para o binômio mãe – filho, à medida que haja a detecção precoce de fatores de risco nessa população e um acompanhamento adequado.

ARENO (1984), citando Davies e Garn, conclui, em seu estudo, que a ação do baixo peso ao nascer não se limita à probabilidade de sobrevivência na infância. Ela se faz sentir no crescimento físico infantil, parecendo ter relação com a deficiência do crescimento corporal até a idade escolar.

Alguns indicadores, como dados relativos a mães adolescentes, crianças com baixo peso ao nascer e opção pelo parto cesáreo, vêm aumentando sua freqüência, mesmo com a diminuição do número de mães que não fazem pré-natal (BETTIOL 1998), o que faz supor que, mesmo com maior cobertura de pré-natal, a atenção dispensada a mulheres durante o pré-natal, ainda, não tem sido capaz de alterar resultados almejados há décadas, denotando problemas relacionados com a qualidade dos serviços e dos profissionais envolvidos nessa área.

Além do Baixo Peso ao nascer, outras causas importantes podem levar à morte no período neonatal, como anóxias e hipóxias, infecções, síndromes de aspiração maciça, entre outras.

TANAKA (1986) refere que na população por ela estudada, 61,0% dos óbitos perinatais foram devidos a hipóxias e asfixias intrauterinas, síndrome de angústia respiratória e síndrome de aspiração maciça, como reflexo direto da assistência pré-natal, da atenção ao parto e do abuso de cesarianas.

Em países desenvolvidos, a natimortalidade é o componente da mortalidade perinatal mais importante. Nascem mais crianças mortas do que morrem nos primeiros dias. Em nosso meio, ao contrário, a mortalidade nos primeiros dias de vida é maior nesse período, devido às condições assistenciais, ambientais e sócio-econômicas (CENTURION 1996).

SOULEYMAN (1994) observa, em relação às taxas de mortalidade por patologias, como diarréia e pneumonia, nítida tendência de queda, quando comparadas com a taxa de mortalidade por patologias perinatais. Refere, ainda, os Programas de reidratação oral e de combate às infecções respiratórias,

responsáveis, em parte, pela redução desses índices. E que, apesar da gravidade da mortalidade perinatal, não se observa nenhum programa dirigido ao problema que tenha causado tanto impacto nas taxas de mortalidade perinatal. Lembra, também, que a perinatologia implica abordagem multiprofissional da gestante e do recém-nascido, estreita integração entre obstetras e pediatras e relata, como resultado de seus estudos que, apesar de o perfil de formação ser bastante positivo na prestação de cuidados obstétricos e pediátricos adequados, ainda ser necessária uma maior conscientização desses profissionais sobre a importância da atuação articulada entre eles, no sentido de reduzir os índices de mortalidade perinatal.

Em avaliação funcional do pré-natal, CENTURION (1996) encontrou, em pesquisa realizada nas UBS de Taboão da Serra (SP), no tocante à captação oportuna, que 44,0% das gestantes tinham iniciado o atendimento pré-natal no primeiro trimestre, classificando-a de baixa adequação. Observou, também, que a adequação foi baixa com relação ao número de consultas. Refere, ainda, que os índices baixos do atendimento pré-natal na realidade estudada, segundo os três critérios: captação oportuna, regularidade e periodicidade, podem estar relacionadas a uma deficiência dos serviços, à falta de informação das pacientes sobre a importância do pré-natal, requerendo maior estímulo e acessibilidade para manter a adesão da clientela.

Esses resultados levam a acreditar que a utilização de serviços de saúde materno-infantil, de boa qualidade, poderia diminuir efetivamente as taxas de mortalidade materna e infantil. Muitas oportunidades para imunização, educação em higiene, nutrição, planejamento familiar, são perdidas, quando há dificuldade de acesso aos serviços de saúde de boa qualidade (MONEKOSSO 1994).

De maneira simplificada, espera-se avaliar a qualidade técnico-científica, qual seja, a aplicação apropriada do conhecimento disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente (CARVALHO 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessário, ao proceder a avaliações em saúde, um número mínimo básico de indicadores que permitam conhecer os principais aspectos da situação de saúde da população e das práticas de saúde (OPAS 1994).

Nesse sentido, alguns indicadores são utilizados na avaliação de serviços de saúde para objetivos definidos e de acordo com a abordagem:

- Indicadores de prestação de atenção à saúde – relacionados com disponibilidade, acessibilidade econômica e cultural, utilização dos serviços e indicadores da qualidade da assistência.

- Indicadores de cobertura da atenção primária de saúde – acesso das mães e crianças à atenção de saúde local, assistência adequada ao parto, cobertura vacinal, disponibilidade de medicamentos essenciais durante todo o ano, acesso aos serviços de referência e outros.

- Indicadores do estado de saúde – porcentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, taxas de mortalidade perinatal e infantil, estado nutricional e psicossocial das crianças (CARVALHO 2001).

Dessa forma, utilizando esses indicadores, o sistema local de saúde poderia ser avaliado pelos resultados, como: tempo de espera para atendimento ambulatorial ou hospitalar, porcentagens de partos cirúrgicos, tipo de agravos e outros.

ROUQUAYROL (1986) ressalta que, não apenas no Brasil, mas também fora dele, o coeficiente de mortalidade infantil revela os desníveis de saúde, que se acentuam com o grau de riqueza ou pobreza das regiões estudadas. A mortalidade pode ser avaliada, não apenas com base em óbitos de crianças menores de um ano, mas também pelos seus componentes neonatal e pós-neonatal. Um dos motivos dessa subdivisão é o de permitir a avaliação do impacto das medidas adotadas no controle de mortalidade infantil; dentre os óbitos neonatais, citam-se causas perinatais, anomalias congênitas e outras.

Há décadas, a mortalidade infantil vem apresentando declínio contínuo, graças às melhorias no saneamento básico, à assistência pré-natal, ao aumento do nível de escolaridade das mulheres, ao aumento do aleitamento materno e elevação da cobertura vacinal, influenciando positivamente para a sobrevivência infantil (LAURENTI 2001).

MELLO JORGE (2001) observa que o componente pós-neonatal predominava até meados da década de 80, quando foi suplantado pela mortalidade neonatal, representando cerca de 63,0% da mortalidade infantil no final da década de 90. A mortalidade perinatal vem assumindo papel importante, sendo, atualmente, um excelente indicador da saúde materna e, mais especificamente, da atenção ao pré-natal e ao parto.

Com tendência constante de queda, a mortalidade infantil, no Brasil, atingiu, em 1999, 31,8 óbitos por mil nascidos vivos, com maior participação do componente neonatal (20,1‰ NV). Apesar do declínio em todas as regiões, os valores médios ainda são elevados, sendo maiores no Nordeste (52,4‰ NV) e no Norte (33,9‰ NV). As menores taxas encontram-se nos estados das Regiões Sul e Sudeste (tabela 2).

Tabela 2 - Taxas de mortalidade infantil, por componentes neonatal e pós-neonatal, segundo as regiões do Brasil, em 1999.

Regiões	**Neonatal**		**Total**	**Pós-Neonatal (28 a 364 dias)**	**Mortalidade Infantil**
	Precoce (0 a 6 dias)	**Tardia (7 a 27 dias)**			
Brasil	16,0	4,2	20,1	11,6	31,8
Norte	17,8	4,4	22,2	11,7	33,9
Nordeste	23,6	5,5	29,2	23,2	52,4
Sudeste	11,0	3,1	14,2	6,5	20,6
Sul	8,8	2,3	11,2	6,0	17,2
C. Oeste	13,0	3,7	16,7	8,4	22,6

Fonte: Ripsa 2002.

O perfil de mortalidade infantil no Espírito Santo, em 2001, apresentou coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de 17,7‰ nascidos vivos (NV): o coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) foi de 11,4‰ nascidos vivos, e o coeficiente de mortalidade infantil tardia (MIT), 6,33‰ nascidos vivos (SESA/IESP 2003), concluindo-se que 64,3% da mortalidade infantil no Estado devem-se ao componente neonatal. Esse quadro mostra a importância da avaliação de medidas

tomadas, em face dos valores acima descritos, já que os principais fatores que concorrem para a mortalidade neonatal, em nosso meio, poderiam estar sendo evitados, mediante realização de pré-natal e parto adequados (BETTIOL e BARBIERI 1998).

Em Vila Velha, em 2001, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) correspondeu a 18,3‰ nascidos vivos, com o coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) de 13,9‰ nascidos vivos, uma taxa maior do que a apresentada para todo o Estado (17‰ NV) no mesmo ano (tabela 3). No estado do Paraná, o coeficiente de mortalidade infantil da cidade de Londrina, no mesmo ano, apresentou valores inferiores, quando comparados aos acima citados, porém com as mesmas características em relação aos componentes do CMI, ou seja, com o coeficiente neonatal (8,2‰ nascidos vivos) respondendo por mais da metade do valor total do coeficiente de mortalidade infantil (12,8‰ nascidos vivos), de acordo com os dados do Instituto de Saúde de Paraná.

Tabela 3 – Distribuição dos CMI, percentual do coeficiente, para o município de Vila Velha e o Estado do Espírito Santo, nos anos 2000 e 2001.

Ano	**Vila Velha**		**Estado do Espirito Santo**	
	CMI	**%**	**CMI**	**%**
2000	20,4		18,6	
2001	18,3	-10,2	17,7	-4,8

SESA/IESP/SPEI, 2003.

A análise retrospectiva do comportamento da incidência das patologias, ocorridas nos últimos cinco anos em Vila Velha (tabela 4), permite observar que as afecções originadas no período perinatal podem estar contribuindo para a manutenção do alto valor do coeficiente de mortalidade infantil até os dias atuais, refletindo as condições assistenciais, ambientais e sócio-econômicas influenciando na mortalidade nos primeiros dias de vida, podendo estar expressando a má qualidade da assistência no período pré-natal, parto e neonatal precoce (CENTURION 1996).

Tabela 4 - Perfil de Mortalidade em Menores de 01 Ano no Município de Vila Velha, Espírito Santo, segundo a incidência das patologias durante os anos de 1994 a 2000.

	Período						
Descrição das patologias de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 10	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	6	9	5	9	12	5
II- Neoplasmas	0	0	1	1	0	0	0
III- Doenças do sangue e org hemo e alg trans imunitários	0	0	0	0	0	0	0
IV- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	5	4	6	1	3	1
V- Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0
VI- Doenças do sistema nervoso	5	2	3	1	5	4	0
VII- Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0
IX- Doenças do aparelho circulatório	2	2	0	0	0	1	2
X- Doenças do aparelho respiratório	4	8	2	1	3	5	6
XI- Doenças do aparelho digestivo	2	6	2	1	1	0	0
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	0	0	0	0
XIII- Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0
XIV- Doenças do aparelho geniturinário	1	1	0	0	0	0	0
XV- Gravidez parto e puerperio	0	0	0	0	0	0	5
XVI – Alguma afecções originadas no período perinatal	**70**	**68**	**63**	**44**	**59**	**60**	**63**
XVII- Malformações congên defor e anom cromossômicas	13	8	20	15	5	14	23
XVIII- Sintomas, sinais achados anormais, exames clínicos e laboratoriais não classificados	8	25	11	6	9	13	10
XIX- Lesões envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	0	0	0	0	0	0	0
XX- Causas externas	4	0	1	0	1	0	3

Fonte: SESA/SPEI/Coordenadoria e Informações.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Caracterizar as condições de nascimento do RN, e relacioná-las à assistência pré-natal e ao parto em uma maternidade da rede municipal de saúde de Vila Velha, ES.

2.2 Específicos

- Descrever as condições de nascimento do RN, segundo peso, Apgar e idade gestacional.
- Descrever as características da assistência ao pré-natal, segundo o trimestre de início e o número de consultas realizadas durante a gravidez.
- Identificar as características de assistência ao parto, de acordo com realização de exame físico especializado e tipo de parto.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Optou-se por utilizar o "estudo de caso retrospectivo" para realizar o trabalho, em função de sua indicação quando se trata de submeter à verificação grande número de fatores suspeitos, ou mesmo, de localizá-los, para comprovação ou levantamento de hipóteses.

Dentre os condicionantes, devem ser citadas, ainda, a disponibilidade de fundos, custos, aceitação e colaboração por parte dos investigados, existência de dados arquivados, fidedignidade dos registros e outros (ROUQUAYROL 1986).

3.2 Caracterização do município de estudo

3.2.1 Aspectos sócio-demográficos

A cidade de Vila Velha está situada no Estado do Espírito Santo, na Região Sudeste do Brasil, possui uma área territorial de 218 km^2 e está localizada a 12 km da capital, Vitória. É a cidade mais populosa do Estado e faz parte da Região Metropolitana, composta pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Viana, Vitória e Serra. No ano censitário de 2000, abrigava 345.965 habitantes.

A partir da década de 70, observou-se um grande crescimento populacional, praticamente dobrando o número de habitantes residentes na cidade até o ano de 2000 (IBGE 2000).

3.2.2 Condições de vida

O município possui cerca de 13,5 mil empresas (FINDES 2002 – Federação das Indústrias do Espírito Santo). O potencial industrial alavanca a economia local, destacando-se os pólos de confecções da Glória e Santa Inês e o setor portuário. No setor terciário, destacam-se as empresas de apoio ao comércio exterior, como *trading companies*, estações aduaneiras, companhias de armazéns

gerais, empresas de transporte de cargas e outros (SECRETARIA MUNICIPAL DE VILA VELHA- SEMSA- 2003).

Em relação ao Índice de desenvolvimento social – IDS – Vila Velha se situa em segundo lugar na posição do *ranking* estadual, como pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 – Índice de Desenvolvimento Social nos municípios de Vila Velha, Vitória e no Estado do Espírito Santo, no ano de 2003.

Municípios	Saúde	Educação	Renda	Violência	IDS
Vila Velha	0,8119	0,8668	0,7380	0,0331	0,6125
Vitória	0,6173	1,0000	1,0000	-	0,6543
Espírito Santo	0,4859	0,4967	0,2624	0,0396	0,3212

Fonte: IPES 2003.

3.2.3 Sistema Municipal de Saúde

A gestão da política de Saúde no Município de Vila Velha, na atualidade, pressupõe a divisão de responsabilidades entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, em face da condição de gestão para a qual o Município está habilitado – Gestão Plena da Atenção Básica. Desta forma, a rede básica é de responsabilidade municipal e a secundária e terciária, estadual.

A rede assistencial no Estado, e em Vila Velha não é diferente, é fragmentada e desarticulada, com a população buscando a solução de seus problemas de maneira desorganizada, com dificuldades de acolhimento, principalmente nos níveis mais complexos da assistência, sendo os mais críticos as urgências e emergências.

As condições do município de Vila Velha, com relação ao acesso viário, fluxo da população e equipamentos existentes, possibilitaram mapear a cidade em 5 áreas, denominadas regiões administrativas. Nelas encontram-se instaladas Unidades de Saúde, consideradas como primeiro nível de atenção à saúde, para permitirem o acesso direto da população e um atendimento com a maior resolutividade possível.

As ações de saúde desenvolvidas pelo município de Vila Velha não se limitam ao atendimento individual. A atual administração reconhece a necessidade de atividades de âmbito coletivo, tais como: vigilância em saúde, compreendendo as vigilâncias sanitária e epidemiológica; imunização; controle de zoonoses; programas de saúde dirigidos às mulheres, à criança; saúde bucal dos escolares de 0 a 14 anos; prevenção de doenças crônico-degenerativas, hanseníase; tuberculose; DST/AIDS; tabagismo, saúde mental, porém, ainda não os implantou integralmente. Alguns programas, como o de prevenção da cárie dentária em escolares das escolas públicas do município, foram iniciados, foi criado o núcleo de aconselhamento de DST/AIDS na Unidade de Saúde de Vila Nova, ampliados os programas de tuberculose e hanseníase, implantadas as primeiras equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outras atividades de humanização dos serviços de saúde.

Com base em informações constantes no Plano Municipal de Saúde de 2002-2003, da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha (SEMSA VV), são apresentadas as características do sistema de saúde local.

3.2.3.1 Rede Ambulatorial

O Município conta com a seguinte rede ambulatorial: 16 unidades básicas e 03 pronto-atendimentos, discriminados na tabela 6.

Tabela 6 – Unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos em Vila Velha, no ano de 2001.

Nome da Unidade
Centro de Saúde Coqueiral de Itaparica
Centro de Saúde Glória
Centro de Saúde Terra Vermelha
U.S. Araças
U.S. Barra do Jucu
U.S. Cobilândia
U.S. Ibes
U.S. Paul
U.S. Santa Inês
U.S. Santa Mônica (Vila Nova)
U.S. Santarita
U.S. São Torquato
U.S. Vale Encantado
U.S. Dom João Batista
U.S. Vila Garrido
Vigilância Sanitária
Vigilância Epidemiológica
Programa de Saúde Bucal
Hospital Municipal de Cobilândia

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, 2003.

Conta, ainda, no nível secundário, com o Centro de Referência de Especialidades de Vila Velha – CRVV, da SES.

3.2.3.2 Rede Hospitalar

A rede hospitalar do Município apresenta perfil diferenciado, constituída de hospitais gerais e hospitais especializados, oferecendo assistência em regime de internação e/ou assistência ambulatorial de referência para a rede Ambulatorial Básica, nas situações de Urgência e Emergência (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da rede hospitalar do município, segundo a natureza e o número total de leitos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Hospitais	Natureza	Número de leitos	
		Total	SUS
Hospital Evangélico (Filantrópico)	Pediatria	22	22
	C. Cirúrgica	46	18
	C. Médica	23	09
Hospital Santa Maria (Filantrópico)	C. Cirúrgica	08	08
	Obstetrícia	11	11
	C. Médica	15	15
Hospital dos Ferroviários (Filantrópico)	C. Cirúrgica	10	10
	Obstetrícia	25	25
	C. Médica	15	15
	Pediatria	15	15
Centro de Reabilitação e Fisioterapia do Espírito Santo (Estadual)	Reabilitação	42	42
Hospital Antônio Bezerra de Farias (Estadual)	C. Médica	27	27
	C. Cirúrgica	12	12
	Obstetrícia	19	19
	Pediatria	20	20
Hospital Municipal de Cobilândia (Hosp. da Mulher) (Municipal)	C. Cirúrgica	12	12
	Obstetrícia	12	12
	C. Médica	04	04
	Pediatria	04	04
	UTI II	04	04
Total de leitos		346	304

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, 2003.

3.3 Caracterização do local de estudo

O Hospital Municipal de Cobilândia é o único hospital municipal de Vila Velha. Após um período de interdição, para reformas, foi reaberto ao público em abril de 2001, reforçando o atendimento na rede pública de saúde. Atende exclusivamente mulheres e tem sido conhecido como Hospital Municipal da Mulher. Em 2002, foram realizados 663 partos normais, 235 cesarianos e 228 internações em UTIN, além de atendimentos de pré-natal e acompanhamento pós-parto. O número total de nascidos vivos (SINASC 2002), no hospital estudado, foi igual a 916.

A opção por este hospital para o estudo se deve ao fato de que toda a contratação de pessoal, sua rotina para procedimentos administrativos, de enfermagem e médica se darem através de gestão municipal, da mesma forma como acontece nas unidades básicas de saúde, facilitando o reconhecimento da orientação para assistência materno-infantil em nível municipal, a partir dos dados coletados em prontuários médicos nesse serviço.

Os meses que apresentaram maior número de partos (operatórios + normais), em 2002, no Hospital Municipal de Cobilândia, foram março, outubro e abril, mostrando que não ocorre sazonalidade. Mesmo nesses meses, o número de internações para partos ainda estava abaixo da capacidade total do hospital. De acordo com informações colhidas com a direção do hospital, isto ocorre devido ao fato de o número de leitos para UTIN que, atualmente, corresponde a 1/3 do número de leitos para pacientes obstétricos, não compatível com a demanda, o que restringe a internação de gestantes. Em função disso, são liberadas as vagas, via central de vagas, para partos sem risco iminente para os hospitais filantrópicos e são selecionadas as vagas do Hospital Municipal e Estadual para os casos em que possa haver necessidade de internação do RN em UTIN.

No que se refere à procedência das pacientes internadas neste hospital, verifica-se que 66,1% delas residem em Vila Velha, 24,3% em Cariacica e cerca de 9,6% provêm de outras localidades, como Guarapari, Serra, Vitória, Domingos Martins, Viana.

O hospital tem capacidade para atender cerca de 300 pacientes por mês, possui uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (Utin), onde são realizadas 20 internações por mês, aproximadamente. Na unidade ambulatorial, anexa ao hospital, as pacientes contam com programas, como SOS Mulher, orientação de Uso de Medicamentos e de Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, com acompanhamento psicológico e social (SEMSA 2003).

3.4 População objeto do estudo

O total de nascidos vivos no HMC, no ano de 2002, de acordo com dados do SINASC (2002), foi de 916. Foram analisados 715 prontuários de mães e RN, 79,6% do total de nascimentos do ano de 2002. Todo o universo de nascimentos e óbitos desse ano deveria ser analisado, tanto os de mães residentes em Vila Velha como os de mães residentes em outros municípios, no entanto, por motivos que fugiram do nosso controle, esse total teve baixas.

Não foi possível o controle dos óbitos dos RN, que nasceram nesse hospital e morreram no domicílio ou em outro hospital.

Todos os RN estudados nasceram nesse hospital. Foram excluídos 06 casos de anomalias congênitas e 05 casos de RN nascidos em outros hospitais e que foram transferidos para a UTIN do hospital de estudo.

Os óbitos analisados também foram os que ocorreram em pacientes que nasceram no HMC. Não foram incluídos óbitos de RN transferidos de outros serviços para a UTIN do hospital estudado. Tal procedimento visou garantir que o cálculo da mortalidade neonatal intra-hospitalar se relacionasse às gestantes atendidas nesse hospital.

4. COLETA DE DADOS

4.1 Procedimento de coleta de dados

Foi enviado um Termo de Compromisso para Realização de Pesquisa (Anexo 1) para a direção do Hospital, esclarecendo sobre o objetivo da pesquisa e suas características, quando foi solicitada a permissão para consulta aos prontuários hospitalares.

Foi utilizado formulário elaborado especificamente para a coleta de dados dos prontuários médicos das gestantes e do RN (Anexo 2). Os prontuários foram identificados através da numeração do formulário relativo à pesquisa e do número do prontuário hospitalar.

4.2 Instrumento

Foram trabalhados dados secundários registrados em prontuários hospitalares do RN e da mãe (Anexo 3).

Foi realizado Pré-Teste do formulário, para verificar se as informações ali contidas contemplavam os objetivos do estudo, além de, também, avaliar a facilidade e praticidade no preenchimento e análise das informações. Foram analisados três prontuários por mês (início, meio e fim de cada mês) do ano de 2002, obtendo-se, assim, um total de 26 questionários para a avaliação.

4.3 Processo de Obtenção e Análise dos Dados

Foram selecionados todos os prontuários, cujo diagnóstico principal de internação fosse correspondente à gravidez, parto e nascimento. Foram incluídas todas as internações que apresentassem, pelo menos, uma condição de parto, nascido vivo ou nascido morto.

Não foi estudada a renda familiar das gestantes, pela ausência de registro desse dado no prontuário de internação. No entanto, por se tratar de um Hospital Municipal, que realiza atendimento apenas pelo SUS; pelo fato de a população nele atendida ser principalmente da região onde o hospital se situa, local onde há predomínio de pessoas carentes, e por saber que a Central de Vagas, na

maioria das vezes, opta por encaminhar o paciente para hospitais, o mais próximo possível de seu local de residência, supõe-se que a população que ali é atendida seja de baixa renda, em sua maioria.

A coleta das informações foi realizada, na primeira parte, pela autora e por uma enfermeira treinada pela mesma. Cerca de 1/3 dos prontuários foram estudados nessa fase. Na segunda fase de coleta dos dados, o levantamento foi realizado integralmente pela pesquisadora, em face das dificuldades de localização e acesso aos prontuários, devido à situação de interdição, obras e desativação por que passou todo o hospital, por um período ininterrupto de cerca de seis meses. Devido aos fatos acima citados, associados ao preenchimento incompleto e incompreensível (caligrafia) dos prontuários, houve a perda de cerca de 20,0% dos dados, o que prejudicou parcialmente a análise e resultado do universo dos casos, com o estudo de um número menor do que o previsto (916), perfazendo um total de 715 (79,6%) prontuários pesquisados.

4.4 Consistência dos Dados

Todas as informações dos prontuários foram coletadas, conforme constavam nos mesmos. As informações não registradas eram mantidas em branco, para posterior análise do preenchimento dos prontuários.

Cada formulário foi revisado pela pesquisadora, a fim de verificar possíveis erros no preenchimento, e quando isto ocorria, retornava-se ao prontuário para corrigi-los.

Foi realizada uma máscara própria para a digitação dos dados coletados, para análise posterior, utilizando o programa Epi-Info, versão 6.0.

A digitação dos dados foi realizada por equipe do Centro de Processamento de Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e revisada pela autora, através de listagens de freqüência, para verificar erros de digitação ou valores não compatíveis com o esperado. Ao observar alguma incoerência no dado, retornava-se ao formulário para revisão e correção, para evitar interferência nas análises estatísticas.

Um banco de dados foi preparado com as informações coletadas dos prontuários hospitalares das gestantes e dos RN, mês a mês, do ano de 2002. O Banco de Dados foi informatizado pelo programa estatístico "EpiInfo – *Questionnaire Processing Program*" versão 6.0 (DEAN e col. 1994).

A análise dos dados foi de natureza descritiva, contemplando a distribuição de freqüência das variáveis categorizadas, análise exploratória com tabulações em dupla entrada.

4.5 Codificação das Variáveis

Virgínia Apgar, anestesista, criou, em 1953, uma escala para avaliação das condições de nascimento do RN (FANAROFF 1982). Os procedimentos por ela propostos devem ser aplicados nos primeiros minutos após o nascimento. Desde então, foi padronizada a classificação baseada em notas, dadas no primeiro e quinto minuto após o nascimento, visando avaliar a vitalidade do RN.

Estudos mostram que o Apgar com escores baixos em RNPT refletem mais a imaturidade neurológica do que o sofrimento fetal do RN. O problema em utilizar o índice de Apgar para RNPT se deve ao fato de que este foi validado em uma população de RN a termo, e antes da era das unidades de tratamento intensivo neonatais (UTIN). Os números para mortalidade de RN com baixo peso, desde então, mudaram drasticamente. Várias pesquisas indicam que os escores de Apgar não podem ser aplicados para baixo peso, com as mesmas implicações prognósticas que para um RNAT. No entanto, o índice de Apgar é utilizado, de forma generalizada, entre os RNPT, apesar das controvérsias com relação à sua confiabilidade para medir a morbimortalidade no período neonatal.

BENKE (1987) desenvolveu um índice, utilizando tanto o Apgar quanto a idade gestacional ou peso de nascimento, para rápida avaliação do risco de mortalidade em RN baixo peso. RANDY e col. (1995) aperfeiçoaram o índice de Benke, utilizando dados extras, como fatores de riscos já identificados em estudos anteriores, tais como: peso ao nascer, idade gestacional, Apgar, idade materna, associados a fatores próprios do estudo, como densidade familiar, existência de avaliação por meio de ultrassonografias no pré-natal, ocorrência de trabalho de

parto prematuro e convulsões neonatais, disponíveis nas primeiras 24 horas do RN admitido em UTIN. Este índice multifatorial para avaliação da sobrevivência neonatal (ISN) era realizado entre os RN com peso de 500 a 1800g. O ISN apresentou alta sensibilidade para a identificação dos RN potencialmente sobreviventes, assim como alta especificidade, podendo ser utilizado como índice de avaliação precoce das condições neonatais em UTIN.

Recentemente, escores de Apgar foram incorporados a métodos que utilizam índices altamente preditivos para mortalidade neonatal em RNPT extremo baixo peso (MAIER 1997), e que tem sido positivamente correlacionado com Índices que avaliam a severidade das patologias em RN, como no caso do Índice para Riscos Clínicos para o RN – *CRIB SCORE* (1993); este foi desenvolvido pelo Sistema Neonatal Internacional, baseado em peso ao nascer, idade gestacional, presença ou ausência de anomalias congênitas e variáveis fisiológicas durante as primeiras 24 horas de vida. Assim como o *CRIB,* os índices prognósticos de sobrevida, como o *SNAP (*SCORE FOR NEONATAL ACUTE PHYSIOLOGY*)* e o *SNAP-PE* (SCORE FOR NEONATAL ACUTE PHYSIOLOGY PERINATAL-EXTENSION), foram desenvolvidos para RN com peso menor que 1500g, auxiliando a equipe médica quanto à tomada de decisões em situações emergenciais, de acordo com os riscos de cada paciente. A gravidade da doença, associada com a mortalidade em UTINS, pode ser avaliada por uma segunda geração dos índices *SNAP (SNAP-II e SNAPPE-II),* a qual é realizada em RN com diferentes pesos ao nascer (RICHARDSON 2001).

BARRY (2000) investigou a correlação entre dados do pré-natal, conseqüência neonatal e o Apgar baixo para os RN baixo peso e observou grande proporção de óbitos entre os RN com baixo escore de Apgar e sustentou a utilidade do Índice de Apgar, como preditor de morbidade e mortalidade no período neonatal imediato. Baixos escores foram relacionados à incidência de intervenão neonatal e complicações. A mortalidade foi significantemente alta em grupos de RNPT com baixo escore de Apgar, quando comparada à do grupo de RNPT com escore normal, o que pode não garantir, necessariamente, bons resultados, em longo prazo.

4.5.1 Classificação do RN quanto ao Apgar

Quando a nota esteve compreendida no primeiro minuto, entre:

0 - 3, o RN foi considerado gravemente anoxiado ou deprimido,

4 - 7, moderadamente anoxiado,

8 - 10, com boas condições de vitalidade.

Foge às finalidades deste estudo enumerar as medidas necessárias na vigência desses estados.

4.5.2 Classificação do RN quanto ao Peso

Foi utilizado o critério adotado por PUFFER e SERRANO (1987):

Abaixo de 1500g - muito baixo peso

Abaixo de 2500g - baixo peso

De 2500g a 2999g - peso insuficiente

Maior ou igual a 3000g - peso favorável

4.5.3 Classificação do RN quanto a Idade Gestacional

A idade gestacional corresponde à duração da gravidez, contada desde o primeiro dia do último período menstrual normal até o nascimento, e pode ser feita pela utilização de dados clínicos, obstétricos, pediátricos e laboratoriais. Ela é expressa em semanas completas e dias completos. A classificação do RN segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO) quanto à idade gestacional compreendeu as seguintes categorias:

Pré-termo extremo: de 22 a 27 semanas

Pré-termo: de 28 a 36 semanas e 6 dias

Termo: de 37 a 41 semanas e 6 dias

Pós-termo: igual ou mais de 42 semanas

Para o cálculo da idade gestacional clínica do RN, foram utilizadas as informações de pediatras, registradas nos prontuários hospitalares, na sala de parto e/ou durante a internação, realizado segundo o Método de Capurro, visto que foi este o índice utilizado pela equipe de profissionais do hospital em estudo para os RN independente do peso, idade gestacional ou condições de nascimento.

4.6 Variáveis de Estudo

Foram selecionadas variáveis relativas à assistência pré-natal, às condições de nascimento, ao recém-nascido e ao parto.

4.6.1 Variáveis relativas à assistência pré-natal

- Idade gestacional no início do pré-natal – em semanas completas de gestação. Como primeiro trimestre foi considerado até 13 semanas, a partir do início da gravidez.
- Número de consultas de pré-natal
- Adequação do pré-natal de acordo com o MS - mês de início do pré-natal e número de consultas realizadas durante toda gravidez, considerando-se adequado quando o início do PN havia ocorrido no primeiro trimestre de gravidez e haviam sido realizadas, mais de cinco consultas.
- Intercorrências durante a gestação – qualquer patologia ou agravo, ocorrida (o) durante a gravidez.

4.6.2 Variáveis relativas às gestantes

- Idade materna:
  - 0 – sem relato;
  ≤14 anos - muito jovens;
  15 a 19 anos – jovens;
  20 a 34 anos - idade reprodutiva ótima;
  35 anos e mais – idosa

Obs: Neste estudo, foram consideradas adolescentes, as mulheres ≤14 anos e entre 15 a 19 anos.

- Escolaridade – classificada em duas categorias: 1.Alfabetizada; 2. Não alfabetizada. Esta variável foi classificada deste modo, por estar assim discriminada no prontuário hospitalar.

- Número de filhos – categorizado em:
  Primípara - Nenhum filho e sendo esta a primeira gravidez;
  Multípara – 1 a 3 filhos;
  Grande multípara - quatro filhos ou mais

- Tipos de parto em gestações anteriores – classificados em duas categorias:
  1. Parto normal;
  2. Cesariano.

4.6.3 Variáveis relativas ao momento do parto

- Saúde da mãe no momento do parto;
- Idade gestacional na internação – variável numérica em semanas de gestação;
- Tipo de parto – classificado em duas categorias: 1. parto normal; 2. parto cesáreo.
- Intercorrências durante o trabalho de parto e parto – qualquer problema observado na parturiente e no bebê.

4.6.4 Variáveis relativas ao RN

Os dados foram obtidos, mediante consulta aos prontuários hospitalares dos RN:

- Peso ao nascer – em gramas e classificado como: muito baixo peso, baixo peso, peso insuficiente e peso favorável, segundo os critérios anteriormente descritos.
- Índice de Apgar – avaliado no primeiro e no quinto minuto, com nota de 0 a 10.
- Duração da gestação – em semanas completas de gestação.

4.6.5 Variáveis relativas aos óbitos neonatais

- Causa básica da morte – codificada segundo o CID 10. A causa básica foi identificada a partir de informações contidas nos prontuários médicos do RN.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características do Recém-nascido

5.1.1 Peso ao Nascer

O conhecimento da incidência de peso ao nascer é de importância vital na formulação de políticas e programas de saúde em Saúde Pública. PUFFER e SERRANO (1987) chamaram a atenção ao fato de o baixo peso ao nascer constituir causa básica ou associada em 59,4% dos óbitos neonatais ocorridos no Estado de São Paulo, em uma investigação interamericana de mortalidade na infância, realizada entre 1968 e 1970.

Em nosso estudo, foram analisados 715 nascimentos, dos quais 21 (3,0%) foram a óbito. Observou-se que o percentual de RN, com peso inferior a 3000g, foi de 38,0%. A incidência de recém-nascidos, de muito baixo peso (MBP), foi de 1,6%, para os de baixo peso (BP), foi de 9,5%. Assim, o percentual de RN abaixo de 2500g correspondeu a 11,1% do total dos nascimentos. A proporção de RN, com peso maior ou igual a 3000g, correspondeu a 62,0% do total (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de recém-nascidos, segundo peso ao nascer. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Peso (g)	No.	%
500 |-- 1500	11	1,6
1501 |-- 2499	66	9,5
2500 |-- 2999	188	26,9
3000 |-- 4500	433	62,0
Total	**698**	**100**

Nos Estados Unidos, em 1998, RAY (1998) encontrou o percentual de 7,6% de RNBP e 1,4% de MBP; no mesmo ano, BORTMAN (1998), avaliando cerca de 30 hospitais em Neuquén, na Argentina, encontrou valores de 8,33% para RNBP e 1,84 para os RNMBP; VINOD (1999), por sua vez, observou índices de 6% no Canadá, 7% na China, 10% no Egito e 25% no Pasquitão e Siri Lanka para os RNBP.

VICTORA (1994), em investigação sobre a mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, entre 1980 e 1992, observou que a prevalência de RNBP estabilizou entre 8 a 10%. A incidência de BP e MBP em maternidades municipais agrupadas em nivel II (secundário) e III (terciário) de assistência, em São Paulo, no período de 1991 a 1992, apresentou percentual maior, quando comparada aos índices de países desenvolvidos, caracterizando a necessidade de hierarquização e cuidados diferenciados para gravidez de risco (PROJETO DE INTERVENÇÃO NA MORBI-MORTALIDADE NEONATAL 1992). CARVALHO (1996), ao analisar a distribuição do percentual de peso ao nascer dos nascidos vivos em 1994, em Curitiba, observou que 7,3% da amostra correspondiam a recém-nascidos BP e 67,8% a maiores ou igual a 3000g no estudo. BARBIERI (2000), no Sudeste do Brasil, observou em seu estudo, que a incidência de baixo peso ao nascer entre partos vaginais havia aumentado de 7,8%, em 1979, para 10%, em 1994, para um determinado grupo de mães (solteiras, com menor número de consultas pré-natal, etc.). No entanto, SILVA e col. (1998) identificaram associação entre parto cesariano e baixo peso ao nascer, em Ribeirão Preto, SP. MARIOTONI (2000), em estudo realizado em maternidade de Campinas, SP, no período de 1975 a 1996, observou que o baixo peso permaneceu em torno de 9,0%, o peso insuficiente, 24,0%, e o favorável, aproximadamente, 67,0%, e constatou alta mortalidade entre os recém-nascidos de baixo peso, responsável por cerca de 83,0% dos óbitos neonatais precoces (?), em 1996.

BRITO (2001), em análise dos principais preditores da mortalidade neonatal precoce, em uma maternidade de Sorocaba, verificou que, em relação ao peso de nascimento, 10,0% dos RN encontravam-se na faixa de menos de 2500g.

Até sentimentos e atitudes dos pais, quanto à gravidez, foram examinados como preditores do peso ao nascimento, em uma população de baixa renda. Como o baixo peso permanece como uma das principais causas de

morbidade e mortalidade neonatal nos EUA, KEELEY (2004) estudou se a felicidade da mãe em relação à maternidade, juntamente com seu relato sobre a satisfação do marido quanto à gravidez, após ajustes para outros fatores, sabidamente influentes no peso ao nascer, poderiam agir como preditores de baixo peso ao nascimento. Observou, em sua amostra, que 5,6% dos RN tinham peso menor que 2500g e que o risco foi maior para os pais que não relatavam felicidade em relação à gravidez.

TOUGH e col. (2000) pesquisaram, no Canadá, os efeitos da fertilização *in vitro* (IVF), no período de 1994 a 1996, nos RN com baixo peso ao nascer, em nascimento de prematuro e na gemelaridade, e constatou que IVF contribui substancialmente para o aumento da incidência de nascimento de RN BP, PT (em até cinco vezes mais) e gemelares. A incidência do BP aumentou de 6,1%, em 1994, para 6,5%, em 1996, no Departamento de Saúde de Alberta, Canadá.

No Brasil (SINASC 1998), o índice de BP foi de 7,8% e para os RNMBP, de 1,0%. Assim, ao analisarmos os resultados encontrados em nosso trabalho, relativos ao baixo peso, verificamos maior incidência, quando comparados aos valores apresentados tanto em estudos nacionais, quanto internacionais (CARVALHO 1996, RAY e BOTMAN 1998, VINOD 1999, BARBIERI e MARIOTONI 2000). A incidência maior de baixo peso na população estudada reflete, provavelmente, as condições sócio-econômicas e de saúde das mães durante a gravidez (visto que não é desenvolvida a fertilização "*in vitro*" no hospital de estudo), causando restrição ao crescimento intra-útero, parto prematuro, caracterizando a grande porcentagem de nascimentos de crianças de baixo peso e de 26,9% dos nascimentos de crianças com peso insuficiente.

Mortalidade neonatal precoce

Calculado o coeficiente de mortalidade neonatal precoce, verificou-se que 3,0% dos RN estudados foram a óbito (tabela 9), apresentando um coeficiente de mortalidade neonatal igual a 30,0 ‰ NV. No grupo dos RN com peso menor ou igual a 2500g, o coeficiente foi de 142,85‰ NV. Dos RN entre 2500 e 2999g, o coeficiente foi de 15,9‰ NV, assemelhando-se parcialmente ao coeficiente dos RN com peso maior ou igual a 3000g, que foi de 16,2‰ NV. Ainda, de acordo com os dados da mesma tabela, podemos constatar que a proporção de óbitos diminui com

o aumento do peso ao nascer. O resultado do teste de χ^2 mostrou que a associação entre aumento de peso e sobrevivência foi significativa ao nível de 0,01%.

Tabela 9 - Distribuição de recém-nascidos, segundo condição de sobrevivência e peso ao nascer. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

	Óbito		**Sobrevivente**		**Total**	
Peso(g)	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
500 |-- 1500	5	45,5	6	54,6	11	100
1510 |-- 2499	6	9,1	60	90,9	66	100
2500 |-- 2999	3	1,6	185	98,4	188	100
3000 |-- 4500	7	1,6	426	98,4	433	100
Total	**21**	**3,0**	**677**	**97,0**	**698**	**100**

Qui-quadrado de tendência: p< 0,001

MOGLIANI (2000), refere que, em sua pesquisa realizada entre 1975 a 1996, houve grande diminuição do número de óbitos, especialmente na faixa de 1000g a 1499g e de 1500g a 1990g, com redução de, aproximadamente, 64,5% e 53,4%, respectivamente, devido às maiores possibilidades terapêuticas para tratar adequadamente o RN doente, principalmente, o RNBP. BRITO (2001), ao avaliar os preditores do coeficiente de mortalidade neonatal precoce intra-hospitalar das maternidades de Sorocaba, SP, encontrou, como resultado de seu estudo, CMN de 12,8‰ NV em RN na faixa de peso de 2500 a 2999g, de 89,1‰ NV em RN menores que 2500g e de 55,3‰ NV nos maiores de 3000g. Nos dois estudos, o CMN em menores de 1500g ultrapassou 500‰ NV. GOLDANI e col. (2004) investigaram, no Sul do Brasil, o aumento do número de nascimentos de RN pré-termos e com baixo peso, com potencial influência nas taxas de mortalidade infantil. Ao estudarem um período de 15 anos (1979-1994), observaram que a taxa de mortalidade infantil decresceu, de 36,6, para 16,9 por mil NV e que o decréscimo mais acentuado foi observado no grupo de RN na faixa de peso entre 2500 e 2999g.

BUEKENS (1998), também, relatou coeficientes de mortalidade neonatal por faixas de peso, semelhantes aos encontrados por pesquisadores brasileiros, mas

vale ressaltar que os estudos foram realizados entre 1981 e 1988, quando a neonatologia, ainda, não se beneficiava do uso do surfactante.

Ao compararmos os valores do coeficiente de mortalidade, por faixas de peso, de nossa pesquisa, com os resultados encontrados por autores nacionais, observamos semelhança. No entanto, os valores apresentados no presente estudo, relativos ao peso insuficiente e peso adequado, são muito próximos, mostrando que mesmo as crianças com peso adequado, o que geralmente aumenta as chances de sobrevivência do RN de forma significativa, apresentam riscos de morbidade e de mortalida aumentada. Isto pode indicar que a assistência ao pré-natal e ao parto não esteja sendo realizada de forma eficiente. Contudo, outros estudos são necessários para melhor compreensão desse perfil.

5.1.2. Apgar

A recomendação original era para a classificação da vitalidade do RN no primeiro minuto de vida, porém sugestões para dar notas em minutos seguintes logo surgiram. Daí, o surgimento do quinto minuto, sendo, então, o primeiro e o quinto minuto de vida os mais usados pelos médicos na sala de parto, para avaliação da vitalidade do recém-nascido. O sistema de notas, proposto por Apgar, pode ser utilizado para avaliação das práticas obstétricas e dos efeitos da ressuscitação.

Não é claro se o primeiro ou quinto minuto é o critério preferido. Apgar observou que, apesar de o primeiro minuto refletir o metabolismo ácido-básico (caracterizando o sofrimento fetal ou não), o quinto minuto seria melhor preditor para sobrevivência (APGAR 1966). Outro estudo mostra que o primeiro minuto poderia refletir tanto a acidose quanto a chance de sobrevivência do RN, e que o quinto minuto poderia possivelmente se correlacionar com a possibilidade de lesão cerebral, porém, uma vigorosa ressuscitação poderia reverter esta tendência (GREGORY 1975).

JENNETT (1981) desenvolveu um método, utilizando as notas dadas no primeiro e quinto minutos, além de selecionar variáveis para análise conjunta. A eficiência do *index* em prever longa permanência foi comparada aos resultados do

Apgar no primeiro minuto. Observou-se que, tanto o primeiro minuto, quanto o *index* elaborado, foi muito superior ao quinto minuto para prever resultados na evolução clínica do RN.

O índice de Apgar, inclusive para os recém-nascidos prematuros, continua sendo utilizado rotineiramente, mesmo havendo dúvidas sobre a qualidade para medida da morbimortalidade no período neonatal e como indicador para avaliação da sobrevida e prognóstico do RN (CARTER 1995, WEINBERG 2000). MARINO (2001), em estudo realizado em uma maternidade de nível terciário com RN de MBP observou que nesses RN o índice de Apgar≤ 3 e Apgar ≥7 de primeiro minuto foram, respectivamente, de 31,7% e 49,6%, e refere que os índices de Apgar para os RNMBP, raramente, excedem 6 ou 7, devido à dificuldade de RN, com essas características, em manter incursões respiratórias próprias eficazes e à hipotonia e hiporreflexia presentes.

Existem poucas evidências para suportar o uso do índice de Apgar no diagnóstico de asfixia, ao nascimento em RN prematuros, no entanto, pode ser útil, como medida de condição de nascimento correlacionando com sobrevivência. O Apgar do primeiro e do quinto minuto sugerem sua capacidade preditiva de morbidade multisistêmica em RN com menos de 37 semanas, no período nenatal (LOW 1995, GHIDINI 1997).

Escores de Apgar têm sido intimamente correlacionados com a incidência e a severidade de hemorragias intraventriculares e periventriculares em recém-nascidos prematuros (BERGER 1997). Atualmente, escores mais completos têm sido elaborados para o prognóstico de mortalidade em prematuros. O escore de CRIB é baseado em peso ao nascimento, idade gestacional, presença ou ausência de anomalias congênitas e variáveis fisiológicas durante as primeiras 12 horas de vida. Além disso, escores de Apgar do 1 e 5 minutos têm mostrado estar fortemente associados com a severidade de doenças, como medidas do escore de CRIB (BAUMER 1997). Apgar com baixos escores é fortemente associado com aumento da morbidade, da mortalidade e com a necessidade de intervenção em UTINS. A utilidade do Apgar será mais valorizada, quando utilizada em conjunto com outras medidas de estresse perinatal, como PH da artéria umbilical, escore de CRIB e outros (BARRY 2000).

Em nosso estudo, os índices de Apgar foram analisados, por ter sido este o escore utilizado em praticamente 100,0% dos casos com registro em prontuário, independente de peso e idade gestacional, na população estudada. Analisamos os RN, segundo o primeiro e o quinto minuto, porém nos detivemos apenas aos resultados do primeiro minuto, pela maior facilidade em refletir a assistência pré-natal e durante o parto. Na distribuição dos RN, de acordo com a nota do Apgar do primeiro minuto, foi observado que 3,2% dos recém-nascidos apresentavam-se gravemente anoxiados, 13,0% dos casos, com anóxia moderada, enquanto que 83,9% apresentaram maior nota de Apgar, revelando boas condições de vitalidade (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos, segundo o score de Apgar no primeiro minuto.Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Apgar primeiro minuto	**Nº**	**%**
0 |-| 3	22	3,2
4 |–| 7	90	13,0
8 |–|10	582	83,9
Total	**709**	**100**

TANAKA (1986), ao avaliar o recém-nascido através da escala de Apgar, observou, no primeiro minuto, que mais da metade (54,3%) das crianças tinham o Apgar entre 8 e 10. Segundo AVERY (1987), cerca de 90% das crianças nascidas apresentam Apgar no primeiro minuto entre 8 a 10.

CENTURION (1996) verificou que 80% das crianças estudadas apresentavam algum tipo de asfixia, o que denotava deficiência de assistência, tanto no pré-natal quanto durante o parto. Em estudo realizado por BRITO (2001), foi verificado que valores que oscilavam entre 7 e 10 foram atribuídos a 98% das crianças nascidas e apenas 0,9% apresentavam valores de Apgar menor ou igual a três.

Mesmo considerando o perfil do hospital em estudo, para onde são encaminhadas gestantes de risco, constatamos que o percentual encontrado de Apgar entre 8 e 10 não foi muito inferior aos estudos realizados por BRITO (2001).

Ao avaliarmos os valores de Apgar do primeiro minuto, relacionados com as diferentes faixas de peso e a ocorrência de óbito, observamos que 50% dos óbitos que ocorreram, foram em RN com peso menor ou igual a 1500g e com Apgar, no primeiro minuto, entre 0-3; entre os RN com peso menor que 2500g, 75% dos que foram a óbito apresentaram Apgar, no primeiro minuto, também, entre 0-3; entre os RN com peso entre 2500 e 2999g, nenhum RN que evoluiu para óbito apresentou Apgar entre 0 e 3 no primeiro minuto, sendo que 66,7% dos óbitos ocorreram nos RN que obtiveram Apgar entre 4-7, no primeiro minuto, e, finalmente, nos RN com peso maior ou igual a 3000g, 60% dos óbitos ocorreram entre os RN com Apgar, no primeiro minuto, entre 0-3.

MARINO (2001), em análise dos RNBP, em maternidades de nível terciário, em São Paulo, observou que RN de MBP que apresentaram Apgar, no primeiro minuto, ≤ 3 e ≥ 7 – 31,7% e 49,6%, respectivamente, evoluiram no quinto minuto com decréscimo importante do percentual de RN com Apgar ≤ 3 para 5,7% e aumento do percentual de RN que apresentaram Apgar ≥ 7, no quinto minuto, para 77,2%, denotando atenção na sala de parto eficaz e realizada por equipe treinada.

Observamos em nosso estudo, que recém-nascidos em diferentes faixas de peso, apresentaram grande tendência às altas taxas de óbito, quando evoluíram, no primeiro minuto de vida, com Apgar entre 0 e 3. Este dado pode refletir se a intervenção apropriada e precoce, com manobras de ressuscitação nos RN, estaria sendo feita, de forma efetiva e adequada, ou se estaria ocorrendo demora no atendimento, piorando ou prolongando o tempo de asfixia, aumentando as chances de ocorrência de óbito. É oportuno lembrar que complicações com seqüelas, em vários órgãos, podem se prevenidas no RN asfixiado, mediante reanimação eficaz e em tempo hábil (PIAZZA 1999). Talvez, outros estudos para análise do quinto minuto, relacionando com Apgar baixo, conduta estabelecida e resultados, fossem úteis para elucidação desta questão.

5.1.3. Idade Gestacional

A importância da duração da gravidez e sua relação com a sobrevivência do RN, de acordo com o peso de nascimento influenciando na qualidade de vida, principalmente, nas primeiras semanas, de acordo com a maturidade, é citada em vários trabalhos.

Na distribuição dos RN, por idade gestacional, em trabalho realizado por BRITO (2001), verificou-se que a grande maioria das crianças nasceu de termo (93,3%), 6,2% foram prematuros e apenas 0,2% foram recém-nascido pós-termo, o que talvez possa sugerir melhor assistência pré-natal oferecida a essas mulheres.

No entanto, pela falta de preenchimento adequado quanto à idade gestacional, em espaço próprio no prontuário, obtivemos registro de apenas 290 recém-nascidos, relativos a esta variável, portanto, a análise dos resultados não é representativa para o conjunto. Assim, na população com registro dessa variável, observamos maior incidência de prematuros (18,8%) e menor de pós-termo, quando comparadas aos resultados de estudos citados anteriormente. E para estes pacientes, tal fato pode relacionar-se a vários fatores, tais como: ausência de pré-natal, pré-natal de baixa qualidade ou maior admissão de paciente alto risco, com maior exposição dos RN pré-termos a um risco de adoecer e morrer pela imaturidade (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição de recém-nascidos, segundo idade gestacional. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Idade gestacional (semanas)	**nº**	**%**
22 |--| 27	5	1,7
28 |--| 36	51	17,1
37 |--| 41	231	77,3
42 e mais	12	4,0
Total	**290**	**100**

Com os valores do peso e da idade gestacional dos recém-nascidos, podemos classificá-los em: pequeno para a idade gestacional (PIG), quando o peso estiver abaixo do percentil 10; adequado para a idade gestacional (AIG), quando o peso estiver entre os percentis 10 e 90, e grande para a idade gestacional (GIG), com peso acima do percentil 90 de acordo com a escala de LUBCHENCO (1963).

Crianças que nascem com baixo peso podem ser prematuras, ou pequenas para a idade gestacional, por retardo de crescimento intra-útero, as quais apresentam patologias diferentes e formas de assistência, também diversa.

Em países em desenvolvimento, nascem mais RN com baixo peso, com percentual bastante elevado de pequenos para a idade gestacional nesse grupo, do que em países desenvolvidos, que apresentam menor número de nascimentos de RN baixo peso e de RN pequenos para a idade gestacional (PIG), constituindo a prematuridade o fator preponderante para o baixo peso nesses países (FALKNER 1981).

TANAKA, em 1986, observou, em seu estudo, que, das 11,54% crianças que nasceram com baixo peso, 50,0% eram PIG e as demais, prematuras. BARROS e Col., em 1987, realizaram um estudo, no Sul do Brasil, sobre RN baixo peso e seus fatores de risco. Um dos fatores analisados foi a idade gestacional, calculada a partir de informações fornecidas pelas próprias mulheres. No estudo, observou-se que mais da metade dos RN, nascidos antes de 37 semanas de gestação, apresentavam peso insuficiente (≤ 2990g).

Vários autores concordam que a idade gestacional continua sendo a melhor preditor de sobrevida, principalmente, se associado ao peso ao nascer (VERLOOVE-VANHORICK e col. 1986; COOKE 1996; BATIN e col. 1998). Idade gestacional se relaciona inversamente proporcional com a alta hospitalar, podendo ser feitas estimativas quanto ao tempo de permanência do RN, limites de sobrevida e morbidade nos sobreviventes (COOKE 1996, MARINO 2001).

Em nossa pesquisa, devido ao fato de não ter sido realizado o registro do Capurro sistematicamente, a análise em relação à idade gestacional e faixa de peso entre os recém-nascidos fica restrita aos 297 recém-nascidos que apresentavam este relato no prontuário. Cerca de 50% dos RN com idade

gestacional menor que 37 semanas nasceram com BP e MBP, e 27 semanas foi a idade mínima encontrada entre esses RN estudados.

Este resultado pode refletir o perfil do hospital, que por possuir uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, recebe pacientes de risco. Na tabela 11, verificamos, pelo teste de associação qui-quadrado de Pearson, a existência de associação entre as variáveis, indicando maior proporção de recém-nascidos com baixo peso entre os prematuros.

Vale a pena ressaltar que o registro da idade gestacional, uma das principais características do RN ao nascer que é analisada, tanto para tratamento como para prognóstico, está sendo negligenciada por profissionais de saúde do hospital em estudo, o que não é justificado, nem mesmo no caso do nascimento de RN grave, visto que a variável sem registro se caracteriza por não ter sido identificada no decorrer de todo o período da internação.

Tabela 11 - Distribuição dos recém-nascidos, segundo idade gestacional e peso ao nascer. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

	Idade gestacional (semanas)									
Peso ao nascer	**22 |--| 27**		**28 |--| 36**		**37 |--| 41**		**42**		**Total**	
(g)	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
500 |-- 1500	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0	-	7	100
1501 |-- 2499	1	2,9	15	44,1	18	52,9	0	-	34	100
2500 |-- 2999	0	-	19	23,2	62	75,6	1	1,2	82	100
3000 |-- 4500	1	0,6	13	7,5	14	85,6	11	6,3	174	100
Total	**5**	**1,7**	**50**	**16,8**	**230**	**77,4**	**12**	**4,0**	**297**	**100**

p< 0,001

5.2 Variáveis Relativas ao Peso e Óbito Neonatal

Ao analisarmos a história de mulheres que apresentaram abortos em gestações anteriores, observamos, neste estudo, que 6,6% delas, mais que o dobro, quando comparadas às mulheres que não apresentaram abortos em gestações anteriores, apresentaram outro óbito na gestação atual. (tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição de recém-nascidos, segundo ocorrência de abortos em gestações anteriores e ocorrência de óbito na gestação atual. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

	Óbito		**Sobrevivente**		**Total**	
Aborto anterior	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	6	6,6	85	93,4	91	100
Não	15	2,5	591	97,5	606	100
Total	**21**	**3,0**	**676**	**97,0**	**697**	**100**

P< 0,001

Caso semelhante ocorreu entre gestantes com história prévia de nascimento de RN baixo peso. 30,0% dos RN com peso menor que 1500g e 37,9% dos RN com peso menor que 2500g, na gestação atual, foram filhos de mães que já tinham tido RN baixo peso em alguma gravidez anterior. E, apenas 2,3% entre os RN com peso adequado nasceram de mães com história prévia de baixo peso (tabela 13).

O teste qui-quadrado de Pearson indica existência de associação (p< 0,001) entre as variáveis. A probabilidade de nascimento de crianças com peso abaixo de 2500g na gestação atual foi maior entre as crianças, cujas mães têm história de baixo peso em gestações anteriores.

Tabela 13- Distribuição de recém-nascidos, segundo peso ao nascer e presença de baixo peso ao nascer em gestações anteriores. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

	Baixo peso anterior					
	Sim		**Não**		**Total**	
Peso ao Nascer Gestação atual (g)	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
500 |-- 1500	3	30,0	7	70,0	10	100
1501 |-- 2499	22	37,9	36	62,1	58	100
2500 |-- 2999	9	5,3	160	94,7	169	100
3000 |-- 4500	9	2,3	391	97,8	400	100
Total	**43**	**6,8**	**594**	**93,2**	**637**	**100**

P< 0,001

Ao analisarmos a tabela 14, verificamos que mulheres com história de nascimento de recém-nascido prematuro, assim como ocorreu entre as mulheres com história de RN baixo peso também em gestações anteriores, apresentaram maior probabilidade de ter recém-nascido baixo peso na gestação atual. Indicando haver associação entre as variáveis.

Tabela 14 - Distribuição de recém-nascidos, segundo peso ao nascer e presença de prematuridade em gestações anteriores. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Peso ao nascer gestação atual (g)	**Prematuridade anterior**					
	Sim		**Não**		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
500 |-- 1500	3	30,0	7	70,0	10	100
1510 |-- 2499	20	33,3	40	66,7	60	100
2500 |-- 2999	9	5,4	159	94,6	168	100
3000 |-- 4500	12	3,1	380	96,9	392	100
Total	**44**	**7,0**	**586**	**93,0**	**630**	**100**

$p<0,001$

Vários estudos já descreveram resultados compatíveis com esses achados. A presença desses fatores de risco permite-nos a, mais uma vez, destacar a necessidade de realização de pré-natal com atenção diferenciada, de acordo com a história pregressa da gestante, a fim de identificar e tratar agravos ou patologias, hoje já totalmente controladas, evitando reincidência na ocorrência de nascimentos de recém-nascidos em situação de risco, contribuindo, assim, para a redução de coeficiente de mortalidade neonatal.

5.3 Características da Assistência ao Pré-Natal

5.3.1 Trimestre de início

Neste estudo, observamos que 90,7% das gestantes estudadas realizaram pré-natal. Destas, 46,5% iniciaram o atendimento pré-natal no primeiro trimestre. Porém, 9,3% só realizaram a sua primeira consulta após entrarem no terceiro trimestre de gestação e 9,3% não fizeram nenhuma consulta do pré-natal (tabela 15). Este quadro revela elevada cobertura alcançada pelos serviços de saúde, porém com baixa captação oportuna (46,5%), semelhante aos resultados demonstrados em outros estudos (CENTURION 1996).

Tabela 15 - Distribuição de gestantes, segundo o trimestre de início de pré-natal. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Início do Pré-natal (trimestre)	N	%
Primeiro trimestre	255	46,5
Segundo trimestre	191	34,9
Terceiro trimestre	51	9,3
Não realizou	51	9,3
Total	**699**	**100**

NOVAES (1999), em análise realizada sobre a atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido, cita que vários autores (BARROS e VICTORA 1995; MALUF 1996; CARVALHO 1997) também observaram elevada cobertura do pré-natal, com mulheres realizando acompanhamento com o número médio de até 7 consultas. No entanto, a qualidade da atenção ao parto e pré-natal foi muito insatisfatória, principalmente, para as gestações de alto risco.

5.3.2 Número de Consultas Realizadas

Sabe-se que a ampliação da cobertura do pré-natal, seu início mais precoce e o aumento do número de consultas são investimentos concentrados na prevenção de mortes perinatais. Porém, a intervenção precoce nas condições de gravidez traz mais benefício quando se iniciam ações de prevenção específicas para o binômio mãe-filho, através de rastreamento de gestantes de alto risco, com identificação precoce de doenças ou fatores desencadeantes, como prematuridade, baixo peso ao nascer, distúrbios respiratórios e aumento dos fatores de risco para a morbidade materna.

MAVALANKAR (1991), em estudos realizados na Índia, sobre os fatores de risco para a mortalidade perinatal, observou altas taxas de mortalidade perinatal, sendo maior para os RN prematuros, com baixo peso. Mostrou que ausência de pré-natal e complicações durante o nascimento e parto eram independentemente associados com substancial aumento do risco de óbito perinatal. KILSZTAJNK e col, em 2003, obtiveram como resultados, em estudos que correlacionavam o baixo peso com a assistência pré-natal em SP, uma redução da prevalência de baixo peso com o aumento do número de consultas pré-natais, de 0 a 3 para 7 ou mais, em todos os grupos estudados.

Constatou-se que a realização do pré-natal, também não parece estar sendo valorizada ou entre as gestantes, não levando o cartão do pré-natal durante a internação para o parto ou pelos profissionais no hospital em estudo, visto que cerca de 32,0% dos prontuários das gestantes estudadas não apresentavam nenhum registro sobre essa variável.

Nos prontuários que apresentaram esse registro, pôde-se analisar que o número maior de consultas se concentrava naquelas mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Daí a importância de estimular a captação precoce das gestantes, principalmente as que apresentam fatores de risco, refletindo em menor incidência de baixo peso ao nascer. Por motivos técnicos, não foi possível avaliar a periodicidade das consultas (tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição de gestantes, segundo o trimestre de início do pré-natal e o número de consultas. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Início do pré-natal (trimestre)	Número de consultas ≤5		mais de 5		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primeiro	49	19,7	200	80,3	249	100
Segundo	150	80,7	36	19,4	186	100
Terceiro	52	100,0	0	-	52	100
Total	**251**	**51,5**	**236**	**48,5**	**487**	**100**

Quanto ao número de consultas, nota-se que 51,5% das gestantes realizaram até cinco consultas de pré-natal. Ao avaliarmos a adequação do pré-natal, de acordo com os critérios já mencionados na metodologia, observamos que as gestantes que realizaram o parto no Hospital Municipal de Cobilândia apresentaram baixo nível de adequação, dado que apenas 46,5% das gestantes iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre e, mais grave, somente 48,5% dessas mulheres realizaram mais de 5 consultas.

Nesta pesquisa, os resultados demonstraram inadequação do pré-natal, com elevado número de gestantes iniciando tardiamente o pré-natal e com número insuficiente de consultas, o que poderia estar influenciando diretamente no peso de nascimento dos recém-nascidos. Tanto a prevalência da prematuridade, como de restrição do crescimento intra-útero, poderiam ter sido reduzidas com o aumento do número de consultas pré-natal, identificação da gravidez de risco, refletindo diretamente no peso de nascimento do recém-nascido, como já referido em estudos mencionados anteriormente.

Em relação ao local de residência, observa-se que 65,7% das gestantes que realizaram seus partos no HMC, no ano de 2002, são moradoras de Vila Velha e 29,6% de Cariacica, contribuindo com percentuais menos expressivos as moradoras de outras cidades, como Guarapari, Serra, Vitória e outras (tabela17).

Tabela 17 - Distribuição de gestantes, segundo o local de residência. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Local de Residência	N	%
Vila Velha	459	65,7
Cariacica	207	29,6
Guarapari	10	1,4
Serra	10	1,4
Vitória	5	0,7
Viana	6	0,9
Outros	2	0,3
Total	**699**	**100,0**

O acesso ao pré-natal tem sido apresentado como fator limitante. Alguns estudos relacionam o percentual de adequação do pré-natal às condições de acessibilidade e oportunidade oferecidas à população. No entanto, em relação ao acesso, 65,7% das gestantes estudadas são moradoras de Vila Velha, onde todas as Unidades de Saúde estão capacitadas para a realização de pré-natal. Outros fatores podem estar influenciando este resultado, como escolaridade e idade materna, renda familiar, qualidade dos registros disponíveis, entre outros. Talvez haja necessidade de mecanismos que melhorem a busca ativa dessas gestantes.

5.4 Características Maternas

5.4.1 Idade

A distribuição, por idade materna, mostrou predomínio de gestantes entre 20 e 34 anos, com uma média de 23,7 anos. Observamos proporções maiores de adolescentes que o percentual nacional. Em 2002 a média do país foi cerca de 21,0% enquanto em nosso estudo o percentual de gestantes adolescentes foi de 25,4%. A maior parte é constituida de mulheres entre 20 e 34 anos (66,1%), sendo esse resultado compatível aos descritos em outros trabalhos. Na tabela 18 é apresentada a distribuição das gestantes, segundo faixa etária.

Tabela 18 - Distribuição das gestantes, segundo faixa etária. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Idade Materna	N	%
≤ 14 anos	9	1,3
15 |-- 19 anos	171	24,1
20 |-- 34 anos	469	66,1
35 |-- 49 anos	60	8,5
Total	**709**	**100**

Vários trabalhos demonstram que a idade materna está relacionada com o peso de nascimento. Em nossa pesquisa, o maior percentual de baixo peso foi encontrado entre mães com 35 anos ou mais sendo 1,7% dos RN com peso menor que 1500g e 15,0% dos RN com peso menor que 2500g. As mães jovens (15 a 19 anos) apresentaram uma porcentagem de 10,6% de nascimentos de RN baixo peso. Outros estudos também mostram maior proporção de baixo peso entre filhos de mulheres com idade acima de 35 anos, talvez relacionados a fatores biológicos, e os filhos com baixo peso de mães jovens, ou seja, com menos de 20 anos de idade, relacionados a uma desvantagem social e econômica (CENTURION 1996).

Segundo GAMA (2001), a gravidez na adolescência correlaciona-se positivamente com a maior chance de nascimentos de RN com baixo peso ao nascer, o que gera, também, maiores taxas de morbidade e mortalidade neonatal nesse grupo de gestantes. Como explicação, apresenta a imaturidade do sistema reprodutor, ganho de peso inadequado durante a gestação, fatores sócio-culturais, como pobreza e marginalidade social, associando-se, ainda, à falta de cuidados pré-natal das adolescentes, levando a maior chance de nascimentos de bebês com baixo peso e prematuros.

O perfil da população estudada, com fatores sócio-econômicos semelhantes pode explicar a tendência discreta de baixo peso entre as adolescentes.

Em nosso estudo, verificamos que 10,7% das gestantes adolescentes apresentaram como resolução obstétrica RN com baixo peso, sendo 1,2% relativo

aos RNMBP e 9,5% aos RNBP. Entre as gestantes com 14 anos ou menos 16,7% delas iniciaram o seu pré-natal no primeiro trimestre e apenas 33,3% realizaram mais de 5 consultas. Entre as gestantes com 15 a 19 anos, 12,8% iniciaram o pré-natal no primero trimestre e 32,6% realizaram mais de cinco consultas de pré-natal, reforçando a afirmativa acima, sobre a deficiência dos cuidados pré-natal entre gestantes adolescentes. 53,4% das gestantes com idade entre 20 a 34 anos iniciaram o pré-natal no primeiro trimetre e 53,2% delas realizaram mais de cinco consultas e entre as gestantes com 35 anos e mais apenas 41,9% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 47,6% realizaram mais de cinco consultas.

Ao analisarmos os óbitos no período neonatal na presente pesquisa, de acordo com as diferentes faixas etárias das gestantes, observamos que entre as gestantes com 14 anos ou menos, dos 9 recém-nascidos, 2 evoluiram para óbito (22,2%) e entre as gestantes com 35 anos ou mais, dos 60 recém-nascidos apenas 3 foram a óbito (5,0%). Comparando os dados da presente pesquisa com os de outros estudos, verifica-se que a população estudada apresenta características semelhantes às descritas em pesquisas, anteriormente apresentadas, sugerindo pouca intervenção e diferenciação no atendimento em pacientes com esse perfil, a fim de evitar complicações já amplamente estudadas e totalmente controladas.

5.4.2 Escolaridade

A variável escolaridade ficou com análise prejudicada, pelo fato de que não havia condições técnicas para definição do tempo de estudo em anos completos, ficando com a variável dicotômica, alfabetizada ou não. No estudo, 98,0% das gestantes foram classificadas como alfabetizadas. Na população de estudo, essa taxa encontrada é superior à de 85,4%, documentada na análise dos Indicadores socioeconômicos do Brasil, em dados atualizados, de 2001 (PAHO, 2001).

5.4.3. Paridade

Em nosso estudo, ao analisarmos o número de parturições da gestante, anteriores ao parto tema da nossa pesquisa, verificamos que 40,7% das gestantes eram primíparas, 52,1%, multíparas e 7,2%, grandes multíparas, de acordo com critério descrito na metodologia. Em relação ao número de gestações, duas mulheres apresentaram um número maior que 10 partos, e a média foi de 1,21 partos, com mediana de 1,0 e moda, 0.

Ao analisarmos a relação entre paridade e adequação do pré-natal, observamos que, entre as gestantes primíparas, 49,1% realizaram mais de cinco consultas de pré-natal e 51,9% delas iniciaram no primeiro trimestre. Entre as multíparas, 47,8% realizaram mais de cinco consultas e 44,6% iniciaram no primeiro trimestre. Todas as gestantes grandes multíparas realizaram pré-natal, das quais 40,5%, realizaram mais de cinco consultas. No entanto, apenas 33,3% das grandes multíparas começaram seu pré-natal no primeiro trimestre.

MELLO JORGE (1993), em estudo sobre os registros dos dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos para o uso em epidemiologia e estatísticas de saúde, pôde observar, quanto à paridade, que as informações contidas em documento reformulado, contendo local apropriado para inclusão de informações relativas à "GESTA" e "PARA", contribuiu para o aprimoramento da informação, permitindo estimar, com maior precisão, o número total de filhos e conseqüente realização de análises demográficas e epidemiológicas mais fidedignas, refletindo melhor a realidade do grupo estudado.

COIMBRA (2003), ao analisar os fatores associados à assistência pré-natal, constatou que alta paridade estava freqüentemente relacionada à inadequação do uso do pré-natal e atribuiu tal fato à possibilidade de as gestantes multíparas serem mais seguras, dando menos importância ao pré-natal.

LEAL (2004), ao utilizar o índice de Kotelchuck, modificado, na avaliação da assistência pré-natal, observou que mulheres com maior número de filhos apresentavam distribuição expressiva nos níveis mais baixos do escore, enquanto as primigestas procuravam mais assistência pré-natal.

Em relação ao peso de nascimento, os RN menores que 2500g tiveram maior prevalência entre as grandes multíparas (14,2%) e multíparas (11,5%), do que entre primíparas (9,9%). Quanto à idade gestacional, 53,6% dos RN pré-termos foram filhos de gestantes multíparas e 39,3% filhos de gestantes primíparas.

Outro resultado encontrado na relação: óbito – paridade, foi que entre os RN de gestantes primíparas 3,1% foram a óbito, entre as multíparas 2,2% foram a óbito enquanto nas grandes multíparas 12,0% dos RN foram a óbito.

Desta forma, verifica-se que, tanto a captação precoce, quanto o maior número de consultas e atenção diferenciada com assistência de qualidade no pré-natal e no parto, poderia influir positivamente na diminuição da incidência de baixo peso, prematuridade e nas taxas de óbitos entre as gestantes principalmente as multíparas e grandes multíparas potencialmente de risco, observado no presente estudo.

5.5. Características de Assistência ao Parto

5.5.1 Exame Físico Especializado e Partograma

No que diz respeito aos critérios para avaliação da realização do exame físico obstétrico de seguimento no trabalho de parto, foram consideradas indispensáveis: a aferição da pressão arterial, a ausculta dos batimentos fetais, a avaliação da dilatação do colo de útero e das condições das membranas da placenta. Sabendo-se que o acompanhamento do trabalho de parto adequado pode prevenir precocemente anormalidades na manutenção do bem estar, tanto da mãe como do concepto, ficou determinado, pelo menos, a realização de um exame físico na gestante no período de duas horas, já no pré-parto, após sua internação, juntamente com reavaliações seqüenciais, com intervalo máximo de uma hora, até o momento do parto. No estudo, 70,3% das gestantes foram avaliadas de acordo com os critérios pré-determinados (tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição de gestantes segundo o Registro de Exame Físico Adequado. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Registro de exame físico especializado	N	%
Sim	484	70,3
Não	204	29,7
Total	**688**	**100**

Observou-se que gestantes, submetidas ao parto operatório, apresentaram percentual de registros de avaliações no período pré-natal muito menor do que aquelas que realizaram parto normal, constatando-se que 43,1% das gestantes que realizaram cesárea não foram adequadamente avaliadas no período do pré-parto. Dentre os fatores que poderiam estar associados a esse fato, seria a cirurgia eletiva, ou seja, cesariana marcada, ou por história de cesáreas anteriores, e/ou pela gravidade do caso, sendo indicada cirurgia de urgência, não atingindo o critério em relação à freqüência do exame físico pré-determinado para caracterização da realização do exame físico especializado adequado (tabela20).

Tabela 20 - Distribuição de gestantes segundo tipo de parto e qualidade do registro do exame físico. Hospital Municipal de Vila Velha, Espírito Santo, 2002.

Registro de Exame físico adequado	Parto Normal		Parto Cesariano		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	394	81,6	89	18,4	483	100
Não	116	56,9	88	43,1	204	100
Total	**510**	**74,2**	**177**	**25,8**	**687**	**100**

Pelo teste qui-quadrado de Pearson, observa-se existência de associação entre as variáveis ($p < 0,001$), sugerindo presença de parto normal em maior proporção entre os registros de exame físico adequado. Apenas 18,4% das gestantes que realizaram partos cesarianos apresentaram exame físico adequado no local de pré-parto, o que pode sustentar a hipótese de que mulheres menos assistidas adequadamentes podem evoluir com sofrimento fetal refletindo no percentual de partos cesarianos realizados.

5.5.2 Tipo de Parto

Diversos estudos (LALLO e VICTORA 1996) relatam que gestantes que realizam partos em hospitais particulares são responsáveis pelas altas taxas de cesarianas no Brasil. População de melhor renda apresenta maior incidência de cesarianas, com laqueaduras tubárias realizadas na ocasião do parto.

A classe social seria uma categoria analítica importante no estudo da incidência de cesarianas? Nesse sentido, BUCHALLA (1988), quando cita Hart, refere-se à "lei do cuidado invertido", pela qual, "quanto mais baixa a classe social, mais alto o risco à saúde e mais baixo o nível de intervenção".

VENTURA (1992) já havia observado essas características em relação às taxas de cesarianas no Brasil, concluindo que as altas taxas, no Brasil, se justificariam, uma pequena proporção pela maior identificação e tratamento de gestantes de alto risco, alcançando as populações mais carentes; enquanto em pacientes de classes mais pobres justificariam mais freqüentemente uma cesariana, por ser uma população de maior risco e com menos acesso aos serviços de saúde materno-infantil, quando, na realidade, justamente estas são as que menos se submetem aos partos cesarianos.

Uma das razões que motivam as cesarianas, relatada na literatura, é a falta de esclarecimento das gestantes, no que se refere à normalidade de certos eventos durante a gestação, parto e com o recém-nascido. É comum justificarem-se algumas cesarianas, a partir do que se convencionou chamar "a pedido da paciente", devido à ansiedade de mulheres quanto às dores do parto e eventuais deformações corporais, tanto durante a gravidez, como no parto pelas vias naturais,

traduzindo, assim, uma desinformação, um despreparo psicológico e uma falta de questionamento à equipe de saúde quanto à naturalidade de tais eventos; ao mesmo tempo, é necessário lembrar a precariedade do trabalho desenvolvido por pessoal de saúde, no que diz respeito à orientação de gestantes.

Outro fator que mantém as taxas altas de cesarianas, é a indicação interativa, ou seja, as indicadas, diante da história de um único antecedente de cesárea, sem considerar a razão que motivou a primeira cesariana, criando, assim, um efeito avalanche (VENTURA, 1992).

A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para o aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e, particularmente, no Brasil (CECATTI 1999).

Em 2001, foram realizados 2,4 milhões de partos no SUS, com uma taxa de 25,0% de cesarianas. Esta proporção apresenta decréscimo em relação a 1996 (32,0%). O índice de cesarianas recomendado pela OMS é de aproximadamente 10 a 15% (2000). Esta tendência verifica-se em todas as regiões do Brasil. A proporção de cesarianas ainda é muito elevada, apresentando maiores taxas no centro-sul, com destaque para a Região Sudeste (MS 2001). Em estudo realizado em uma maternidade de nível terciário em SP em RNMBP, o índice de cesarianas foi de 69,1% no entanto, sabe-se por dados recentes de literatura, que o parto normal pode ser visto como um fator de risco para aumento da morbimortalidade em RNMBP (MARINO 2001).

CABRAL (2003), ao estudar algumas variáveis relacionadas à indicação de parto cesáreo, observou associação significativa entre via de parto e paridade, com maior freqüência de primíparas (58,7%) no grupo de cesárea do que no grupo de parto vaginal. A primiparidade se associou ao aumento do risco da gestante ser submetida à cesariana, assim como síndrome hipertensiva, idade materna maior que 34 anos e presença de ruptura prematura da membrana amniótica.

Neste estudo, 74,1% dos partos foram normais, com a proporção de cesarianas (25,9%). A porcentagem de cesáreas acima do recomendado pela OMS poderia estar relacionado ao elevado número de RNBP encontrado no estudo.

Outro resultado encontrado foi em relação à paridade: 29,1% das cesarianas realizadas ocorreram em primíparas, 24,0% em multíparas e 23,5% em grandes multíparas. Os resultados encontrados evidenciam que não há relação entre tipo de parto e paridade na população estudada.

Ao relacionarmos o tipo do parto com a ocorrência de sofrimento fetal (tabela 21), notamos presença de sofrimento fetal em cerca de praticamente o dobro (22,4%) dos casos no caso de parto cesariano. Vale a pena lembrar que justamente nesse grupo de gestantes, as quais realizaram parto operatório, foi verificado menor número de avaliações obstétricas durante o período de internação no pré-parto, não sendo adequadamente avaliadas de acordo com critérios pré-determinados.

Tabela 21 – Distribuição de recém-nascidos, segundo tipo de parto e presença de sofrimento fetal. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

	Parto normal		**Parto cesariana**		**Total**	
Sofrimento fetal	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Presente	59	11,4	40	22,2	99	14,2
Ausente	457	88,6	140	77,8	597	85,8
Total	**516**	**100**	**180**	**100**	**696**	**100**

Pelo teste de associação qui-quadrado de Pearson, observa-se existência de associação entre as variáveis ($p<0,001$), indicando menor percentual de parto normal entre nascimentos com sofrimento fetal presente.

Podemos concluir que os dados encontrados reforçam os resultados de outras pesquisas, evidenciando, mais uma vez, a presença de sofrimento fetal, proporcionalmente maior, nos partos cesarianos. Tal fato pode estar relacionado à presença de anóxia por indução de parto cesariano, recém-nascido baixo peso, prematuridade, causando difícil adaptação do RN ao meio, devido à imaturidade pulmonar, o que pode aumentar o coeficiente de mortalidade neonatal. Talvez devesse ser melhor discutido o emprego do corticoide antenatal pela inegável proteção com diminuição da morbimortalidade por afecções respiratórias em

gestantes apresentando condições patológicas potencialmente associadas ao parto de RNPT ou RNBP.

5.6. Aleitamento Materno

Embora o hospital do nosso estudo não seja credenciado pelo Programa Nacional ao Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e, portanto, não possua efetivamente o conjunto de condições com a finalidade de apoiar, proteger e promover aleitamento materno, foram analisadas algumas práticas que estimulam o aleitamento materno e que já são adotadas pelo hospital pesquisado, como contato precoce com o seio materno na sala de parto e alojamento conjunto, tendo em vista que a clientela do hospital do estudo é predominantemente de baixa renda, e que as crianças de famílias pobres são as que mais necessitam do aleitamento e as que menos o recebem em seus primeiros meses de vida (VICTORA 1996). Não foi possível a obtenção de informações sobre o exame das mamas e a orientação sobre amamentação no pré-natal.

Constatamos que apenas 37,3% dos RN entraram em contato com o seio materno, ainda na sala de parto. Ao relacionarmos o tipo de parto com o encaminhamento do RN ao alojamento conjunto, supondo-se em bom estado geral, e o contato com o seio materno, verificamos que apenas 46,2% dos RN nascidos de parto normal e que foram encaminhados ao alojamento conjunto, em seguida, entraram em contato com o seio materno.

Quando comparamos hospitais tradicionais com hospitais que possuem as rotinas dos Hospitais amigos da criança, por exemplo, que se caracterizam como estabelecimentos que oferecem informações completas e corretas sobre as vantagens da amamentação natural, bem como no manejo correto dos problemas, visando melhorar a prática do aleitamento materno, capacitando profissionais de saúde e adotando práticas e rotinas que favoreçam o aleitamento materno, observamos que o impacto dessas medidas é notado, principalmente, no aumento da incidência, e o que é mais importante, na duração do aleitamento materno: prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de até

66,8% em hospitais credenciados ao programa IHAC, contra 23,3% nos hospitais tradicionais (LAMOUNIER 1998).

Em nosso estudo, é importante ressaltar que um dos procedimentos para estimular o aleitamento materno, o contato precoce com o seio materno, não foi realizado em grande parte do recém-nato (53,8%), encaminhado ao alojamento conjunto e presumivelmente em condições para início precoce do aleitamento materno (tabela 22). Nota-se deficiência no estímulo ao aleitamento materno entre mães de recém-nascidos de baixo risco. É imperioso que se esclareça que em cerca de 40% dos prontuários não havia registro dessa variável, inviabilizando uma análise importante. Este fato pode refletir em pouca valorização dos profissionais de saúde quanto ao estímulo do aleitamento materno nas primeiras horas de vida do RN.

Entre os prontuários do RN analisados com o dado em estudo registrado, pode-se verificar que existe associação entre as variáveis; o valor de p do teste de associação pelo qui-quadrado de Pearson é menor que 0,001, indicando maior proporção de contato com o seio materno entre crianças nascidas de parto normal.

Tabela 22 - Distribuição de recém-nascidos segundo tipo de parto e contato com o seio materno. Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

	Parto normal		**Parto cesáreo**		**Total**	
Contato com o seio materno	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	145	46,2	8	8,3	153	37,3
Não	169	53,8	88	91,7	257	62,7
Total	**314**	**100,0**	**96**	**100,0**	**410**	**100,0**

5.7 Intercorrências no Pré-natal

As intercorrências durante a gestação foram analisadas, por se entender que a presença de fatores de risco leva à maior probabilidade de baixo peso ao nascer, variável intimamente ligada às chances de sobrevivência da criança, assim como à sua qualidade de vida futura. Vários outros fatores influenciam o peso de nascimento. Programas simples, bem definidos para rastrear mulheres com gestações de alto risco podem contribuir para reduzir a mortalidade neonatal e elevar o peso de nascimento, aumentando as chances de sobrevivência dos recém-natos.

Patologias ou Agravos durante o pré-natal

TASE (2000), ao estudar o perfil das gestantes em um hospital referência para alto risco, pôde observar que 74,75% das gestantes apresentaram patologias diversas, como síndrome hipertensiva, cardiopatias, ruptura precoce das membranas amnióticas e diabetes gestacional, caracterizando as intercorrências durante a gestação nesse grupo. MARINO (2001), observou em análise de RNMBP realizada na Maternidade Albert Einstein entre 1994 e 1998, que cerca de 36,6% da gestantes estiveram hospitalizadas durante a gestação, o que correspondendo a uma clientela de risco.

Das 681 gestantes estudadas, 414 (60,8%) delas apresentaram intercorrências no pré-natal. A maior incidência foi de presença de bolsa rota, ou ruptura precoce das membranas amnióticas (RPM), antes do parto, com 32,3% seguida de infecção urinária (17,3%) e hipertensão (10,0%). A hemorragia e diabetes apresentaram incidência de 1,0% cada uma. Vale lembrar que tais patologias podem ser evitadas e controladas efetivamente, quando bem investigadas e conduzidas.

5.7.1 Ruptura Precoce das Membranas Amnióticas (RPM)

PAIVA e col. (1990) avaliaram um protocolo para identificação do RN de risco para infecção, após ruptura precoce das membranas amnióticas. Observaram como parâmetros ou fatores de risco, idade gestacional <37 semanas, Apgar <6 no quinto minuto, leucometria global e específica, entre outros, e constatou que a prematuridade e as alterações no leucograma foram as mais significativas. E, mesmo não estando incluído, o baixo peso foi o terceiro fator mais importante para a identificação de risco do RN.

Em 1991, SUBERVÉ e col., ao estudarem as taxas de prevalência de rotura precoce das membranas, em um hospital, verificou que 6,3% das pacientes admitidas apresentaram RPM e que mulheres multíparas e com antecedentes de cervicites e RPM, em gestações anteriores, eram as mais afetadas. Também foi visto que um período de RPM maior que 10 horas predispunha a amnionite.

Em um hospital de nível terciário, MACINTOSH, em 1994, avaliou a evolução dos RN após ruptura precoce e prolongada das membranas. Constatou que 23 RN foram a óbito, 11 por hipoplasia pulmonar, 11 por conseqüências diretas da prematuridade (03 por membrana hialina, 07 por displasia broncopulmonar e 01 por enterocolite necrotisante). Nenhum RN morreu por infecção, 94% deles foram tratados com antibiótico de amplo espectro, após o nascimento. Verificou, ainda, que a média de duração das RPM em RN que foram a óbito por hipoplasia pulmonar foi maior que a média apresentada pelos RN, sem hipoplasia pulmonar. Concluiu que óbitos por hipoplasia pulmonar constituíam o problema mais grave, após a RPM prolongada, até mesmo quando comparada com a infecção.

Em nosso estudo, 32,4% das gestantes estudadas apresentaram RPM, a maioria delas (65,3%) tinha entre 20 e 34 anos de idade, e 94,0% dos RN tiveram Apgar no quinto minuto entre 8 a 10. Entre as principais causas de patologias observadas nesses RN verificamos que a Sepsis (14,3%) apresentou maior incidência que a Prematuridade (13,0%) e a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) foi responsável por, aproximadamente, o dobro do percentual (26,0%).

Dos RN nascidos dessas mães com bolsa rota precoce, 3,2% foram a óbito. Em relação aos RN prematuros (15,7%) e aos RN com SDR, o percentual de

óbito foi igual a 10,0% para cada patologia. Não houve mortes por sépsis, cuja causa primária fosse a RPM. Ao compararmos os resultados desta pesquisa, com os de outros estudos, verificamos que, aqui, também, o problema respiratório foi o fator mais grave entre as patologias em RN nascidos de mães com ruptura precoce das membranas amnióticas, provavelmente, por desencadear o trabalho de parto prematuro. Há necessidade de acompanhamento com maior identificação de cervicites, ruptura de membranas amnióticas, principalmente, em multíparas ou em gestantes com história de RPM anterior.

5.7.2 Infecção do Trato Urinário

Vários estudos (MCGRADY 1985, SCHIEVE 1984) foram realizados, a fim de identificar possíveis associações entre infecção do trato urinário (ITU) durante a gestação e mortalidade fetal, baixo peso ao nascer, prematuridade. Os resultados dos dois trabalhos foram semelhantes. Mulheres que apresentavam ITU durante a gravidez foram consideradas de maior risco de partos de RN baixo peso, prematuros e, ainda, prematuros com baixo peso.

Em vários estudos, foi observado que o risco que ITU ocasionava foi maior entre gestantes que apresentaram forma mais severa da infecção, como a pielonefrite. Não houve associação com recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, o que sugere que a ITU leva ao baixo peso, através de nascimentos de pré-termos, e não por crescimento intra-uterino retardado. Daí a forte associação com trabalho de parto prematuro, possivelmente, pelo desenvolvimento de amnionite. Uma hipótese é que enzimas bacterianas, como a colagenase, tornariam mais frágeis as membranas fetais, predispondo-as à ruptura e levando ao início do trabalho de parto.

É possível pensar que a taxa mais elevada de bolsa rota, em relação a ITU, encontrada em nosso estudo, estaria relacionada também à infecção sem diagnóstico ou tratamento precoce?

Em nosso estudo, 11,7% dos recém-nascidos, filhos de mães com ITU, eram de baixo peso, ou seja, pesavam menos que 2500g. Entre as gestantes que

apresentaram infecção do trato urinário na gravidez, 33,3% evoluíram para ruptura precoce das membranas, antes do parto.

O tempo de bolsa rota também foi analisado, e o período que apresentou maior percentual foi de até 5hs (54,9%). Percentual também elevado para o intervalo de tempo, entre 12 a 23 hs, e sabidamente fortemente associado à ocorrência de amnionite e infecção intra-uterina do RN, aumentando os riscos para mortalidade neonatal.

A associação entre ITU e morte perinatal foi mais observada entre gestantes de 20 a 29 anos de idade, talvez, por estarem as mulheres dessa faixa etária mais expostas a vários outros riscos, do que as mais jovens.

De acordo com esses resultados, reportamo-nos ao fato de que tais agravos ou patologias, durante a gravidez, são, sabidamente, passíveis de total controle, quando bem investigadas e acompanhadas durante o pré-natal.

5.7.3 Hipertensão Arterial

Segundo LIPPI (1984), a hipertensão é, das patologias graves, a de maior prevalência na gravidez; que complicam a gravidez, e a que determina, talvez, a maior mortalidade perinatal. O crescimento fetal, também, pode ser afetado, devido à isquemia útero-placentária que ocorre, levando ao prejuízo na nutrição do feto. A eclâmpsia, a forma mais grave da doença, efetivamente só tem um tratamento: interromper a gravidez. Pode-se, mesmo, dizer que eclâmpsia é igual a cesária, por correr o risco de levar ao óbito, tanto a mãe quanto o feto.

A síndrome hipertensiva, uma das maiores causas de mortalidade materna e neonatal, engloba a doença hipertensiva crônica e a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG).

TANAKA (1986), em estudo realizado sobre saúde materna e neonatal, verificou que 18,0% das gestantes estudadas apresentaram síndrome hipertensiva. Outros autores apresentaram taxas que variavam de 0,5 a 35,0% na freqüência de aparecimento dessa síndrome durante a gestação, resultados compatíveis com o encontrado nesse estudo.

Em relação ao perfil das gestantes portadoras de hipertensão (10,0%), 9,2% tinham entre 20 a 34 anos de idade e 16,0% estavam acima de 35 anos. Destas, 46,2% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 40,4% no segundo trimestre. Do total, 51,0% realizaram até 5 consultas de pré-natal.

Quando analisamos os recém-nascidos, filhos de gestantes com hipertensão, constatamos que 3,3% eram menores que 1500g, 6,6% menores que 2500g, 27,9% dos RN estavam entre 2500 e 2999g e os com 3000g ou mais perfazia o total de 62,3%.

BAHA e col. (1983), ao analisarem os resultados de gestações em pacientes com hipertensão crônica leve, obtiveram resultados semelhantes aos desta pesquisa.

DIAZ (2001), quando analisou os fatores de risco para Hipertensão Arterial Induzida pela Gravidez (HIG), apresentou, como resultados de seus estudos, que pacientes mais expostas à patologia tinham idade entre 16 e 25 anos, tinham antecedentes de hipertensão arterial na gestação ou familiar, e eram de classe social mais baixa. COSTA (2003), ao estudar, também, a idade materna como fator de risco, verificou que a incidência de Hipertensão Induzida pela Gravidez foi maior entre pacientes com idade igual ou maior a 40 anos (22,1%), mostrando forte associação entre idade materna avançada e HIG.

Os resultados encontrados em nosso estudo, quanto à idade materna, foram semelhantes aos encontrados por CELIK (2003), que investigou gestantes que evoluíram para síndrome hipertensiva e apresentaram a média de 30.2 anos de idade; no entanto, em relação ao peso ao nascer, a diferença foi grande, pois 30,0% dos seus bebês tinham menos que 1500g em sua pesquisa, enquanto que em nosso estudo a porcentagem foi de 3,3%.

DONALDSON (1984) estudou o impacto do pré-natal no peso ao nascer, relacionando as variáveis que influenciam, observando a necessidade de utilização de um "screening" para classificação de gestações de alto risco, e conseqüente diminuição da mortalidade neonatal.

MCARTHY (1982) desenvolveu um modelo, focando a identificação prévia de fatores associados com a morte neonatal. Uma das características selecionadas e que influenciava nas taxas de mortalidade neonatal, foi relativa às

complicações inerentes, ou não, da gravidez, o que provocava aumento no risco de mortes neonatais, evidenciando que, quando particular atenção é dada às histórias individualmente, mais precisa a identificação de mais mulheres em alto-risco.

Os procedimentos e exames realizados, de rotina, durante as consultas de pré-natal, visam acompanhar a gravidez e identificar fatores que levem ao risco, tanto a gestante como o recém-nascido. Maior rigor na avaliação dos sinais e sintomas e identificação do risco gravídico durante o pré-natal poderia evitar as altas taxas de óbito no período neonatal.

5.8 Intercorrências durante o parto

Ao analisarmos as intercorrências, ou agravos, ocorridos com o RN no momento do parto, observamos que 05 deles nasceram na sala de pré-parto (0,7%), 01 apresentou fratura de clavícula (0,1%), 01 apresentou ferimento no couro cabeludo por bisturi (0,1%), 47,0% dos RN que evoluíram para óbito tiveram, como causa básica, anóxia neonatal.

Dentre as intercorrências ocorridas com gestantes, no momento do parto, verifica-se que lacerações (de colo de útero, vaginal, e do reto) são as mais freqüentes (2,8%), seguidas de acretismo de placenta (0,3%), queimadura por bisturi elétrico (0,1%) e crise convulsiva (0,1%).

Vale a pena ressaltar que 2,8% das gestantes, internadas no HMC, chegaram em período expulsivo, ou seja, em franco trabalho de parto, o que poderia levar ao aumento da prevalência das intercorrências citadas, sugerindo uma associação entre acompanhamento da evolução do trabalho de parto e freqüência das intercorrências, tanto com os RN, quanto com as gestantes. No entanto, tal argumentação mostra-se bastante complexa, até porque, não poderíamos neste estudo, avaliar se tais intercorrências citadas ocorreram em maior percentagem em mulheres que chegaram em período expulsivo, ou não.

Ao analisarmos o local para onde o recém-nascido foi encaminhado, logo após o nascimento, observamos que 71,4% dos bebês foram encaminhados para o alojamento conjunto e 20,2%, para a unidade de tratamento intensivo

neonatal (UTIN). Este último resultado pode ter tido um complicador. Os casos de icterícia neonatal, a maior parte das vezes, sem relato da etiologia, também eram encaminhados para a UTIN, mesmo sendo avaliada em médio risco.

As principais causas de encaminhamento do RN a UTIN foram: Icterícia (24,7%), Síndrome de Desconforto Respiratório (24,1%), Sépsis (12,4%) e Anóxia grave (10,6%).

5.9 Principais Causas de óbitos do RN

Quando investigamos as causas, ou patologias responsáveis pelos óbitos do RN na UTIN, observamos que dos pacientes admitidos na unidade intensiva neonatal que apresentam relato de sua patologia, 16 evoluiram para o óbito, um total de 2,3% dos RN estudados no ano de 2002. Do total, 27,8% ocorreram em recém-nascidos que apresentaram anóxia grave ao nascimento e 14,3% dos óbitos ocorreram em RN com sepsis, como pode ser observado na tabela 23.

Tabela 23 - Distribuição de recém-nascidos, segundo a causa de óbito, ocorrido durante internação na UTIN do Hospital Municipal de Cobilândia, Espírito Santo, 2002.

Causas de Óbito na UTIN	**N**	**%**
Anóxia grave	5	27,8
Sepsis	3	14,3
S. Desconforto respiratório	4	9,8
Prematuridade	1	6,3
Icterícia	1	2,4
Outras	2	25,0
Total	**16**	**2,3**

Afecções Respiratórias

BUCHALLA (1988) constatou, em sua pesquisa, que o grupo das afecções respiratórias, constituído pelas hipóxias, asfixias ao nascer e síndrome de angústia respiratória, foram responsáveis por 45,3% dos óbitos neonatais.

CENTURIÓN (1996), ao avaliar as causas básicas de morte perinatal, verificou que as causas de origem maternas foram as mais freqüentes. As mortes devido a DHEG, infecções e insuficiências placentárias foram em maior porcentagem. As afecções respiratórias constituiram a segunda causa mais freqüente, com 21,9% do total de óbitos ocorridos.

BRITO (2001), também, observou, em seus estudos, que, em média, 52% dos RN nascidos a termo ou prematuros, foram a óbito e apresentaram apenas anóxia como intercorrência ocorrida no momento do parto e do nascimento. A síndrome de angústia respiratória apresentou incidência de 4%. MARINO (2001), observou que entre as afecções mais freqüentes a Síndrome de Desconforto Respiratório foi a que apresentou maior incidência entre os RNMBP (54,5%).

A Síndrome de Desconforto Respiratório e a Anóxia grave podem ser analisadas em conjunto, por serem conseqüência, geralmente, da imaturidade pulmonar pela prematuridade. Anóxia ocorre, principalmente, no final da gestação, por vários fatores maternos, fetais ou placentários, os quais acarretam aumento nas taxas de óbito neonatal, nas primeiras horas de vida.

Em nosso estudo, este grupo de patologias foi uma das causas mais freqüentes de óbito, assim como em pesquisas de outros autores, citadas acima, com incidência de 37,6% em relação ao total das patologias ocorridas no período neonatal precoce. O que sugere que o emprego de corticoides antenatal, identificação precoce de gestantes e RN de riscos para o nascimento de RNBP, emprego de tecnologia e terapêuticas adequadas ao tratamento eficaz do RN principalmente baixo peso ou prematuro devem ser melhor analisadas, a fim de que se possam diminuir os riscos de morbidade e moratalidade nesse grupo de recém-natos principalmente.

Septicemia Neonatal

A septicemia neonatal, ou sépsis, definida como uma infecção bacteriana confirmada por uma hemocultura positiva nas primeiras quatro semanas de vida, tem sido causa importante de morbidade e mortalidade neonatal. A incidência de septicemia neonatal varia com a população estudada. Uma unidade com crianças com baixo peso, portadoras de outras patologias associadas e provenientes de uma população de baixa renda, irá apresentar uma incidência de sepsis significativamente mais elevada, do que um berçário que lida com recém-natos normais. Vários são os fatores desencadeantes de sépsis. A ruptura prematura das membranas, principalmente quando excede 24 horas, causando amnionite, trabalho de parto prematuro e prolongado, colonização bacteriana pela mãe, leva a infecções transplacentárias, entre outras (KLAUS, FANAROFF 1982).

TANAKA (1986) encontrou incidência de 71,96% de infecções próprias do período neonatal. BUCHALLA (1988) verificou que 11,46% de todos os eventos mórbidos, em seu estudo, foram por infecção neonatal.

A sepsis foi a segunda patologia de maior incidência (14,3%) em nosso estudo. Não foi possível identificar, com precisão, a natureza da infecção, isto é, se foi adquirida intra-útero ou intra-hospitalar. A bolsa rota nas mulheres analisadas foi associada à sépsis, com incidência de 14,3% entre os recém-nascidos, no entanto não foram verificadas mortes, por sepsis, nesses bebês.

Prematuridade

Vários fatores podem ser responsáveis pela ocorrência da prematuridade. A maioria detectável no pré-natal. A triagem de gestantes de risco, com redistribuição do número de consultas, de acordo com a necessidade, maior participação das equipes de saúde, visitas domiciliares e realização de exames de rotina, antes mesmo da primeira consulta médica, foram algumas das mudanças realizadas pela Secretaria de Saúde de Curitiba no programa de atenção ao pré-natal, com a finalidade de resgatar a abrangência na intervenção na saúde das mulheres na assistência pré-natal (CARVALHO 2002).

Vários estudos apontaram a relação inversa entre a assistência pré-natal e a incidência de prematuridade e recém-nascidos de baixo peso (TANAKA 1986; CENTURION 1996; BRITO, BARBIERI 2000; KILSZTAJN 2003).

KILSZTAJN (2000) concluiu, em seus estudos, que o aumento do número de consultas no pré-natal e a elevação da acessibilidade para as categorias de risco foram responsáveis pela diminuição de nascidos vivos prematuros, baixo peso e óbitos por afecções no período neonatal.

A prematuridade foi a causa básica em 6,3% do total das patologias ocorridas no período neonatal precoce entre os recém-nascidos estudados que evoluíram para o óbito. Vários fatores já foram descritos como responsáveis, por desencadearem o parto de recém-nascido prematuro. Não se verifica avanço significativo nas taxas de prematuridade, a despeito das condições tecnológicas e farmacológicas, presentes no hospital em estudo, denotando necessidade de reavaliação das condutas e medidas adotadas no pré-natal e parto.

Icterícia Neonatal

Constatamos que a icterícia ou hiperbilirrubinemia nos recém-nascidos, foi responsável por 2,4% dos óbitos que ocorreram no período neonatal precoce. Não foi possível a discriminação entre icterícia fisiológica ou doença hemolítica, por não ter sido relatado nos prontuários médicos.

Através da tipagem sanguínea, que deve ser realizada em todas as mulheres, logo no início do pré-natal, é possível identificar as gestantes com o fator RH negativo, responsável pela sensibilização das mulheres, acarretando riscos ao recém-nato e/ou ao aparecimento de doença hemolítica. A doença hemolítica grave é evitável, há vários anos, mediante imunização no pós-parto imediato; no entanto, em nosso estudo.

Sífilis Congênita

A ocorrência de sífilis congênita, mesmo não acarretando óbitos, entre as causas de eventos mórbidos no período neonatal precoce, apresentou incidência de 8,2% em nosso estudo e pode estar refletindo a qualidade da assistência pré-

natal recebida por essas mulheres. Verificamos que entre mães de RN que apresentaram sífilis congênita, no período neonatal, 36,4% delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez e 45,5%, no terceiro trimestre, enquanto 18,2% delas não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

A sífilis congênita, geralmente, resulta de uma infecção transplacentária do feto em desenvolvimento. A morte intra-uterina pode ocorrer em 25% das infecções com aborto, ocorrendo, geralmente, depois do primeiro trimestre. A morte neonatal pode ocorrer com incidência de 25 a 30% entre bebês infectados e não tratados (KRUGMAN, KATZ e col. 1991).

O teste sorológico, para detecção da sífilis (*Veneral Disease Research Laboratory* – VDRL), apresenta grande especificidade e sensibilidade, podendo ser realizado no início e fim da gestação; possibilita fácil detecção e tratamento eficaz disponível, evitando seqüelas para o RN, quando detectado precocemente.

O VDRL foi a prova menos solicitada, quando analisados os exames de rotina, durante a realização do pré-natal nas Unidades Básicas em Taboão da Serra (SP), não chegando a um terço das solicitações necessárias, não sendo solicitada, em nenhum caso, uma segunda prova (CENTURIÓN 1996).

DIAS-DA-COSTA (2000), em auditoria realizada no programa de pré-natal em postos de saúde em Pelotas (RS), encontrou percentual elevado de mulheres sem exames laboratoriais básicos, como VDRL. E constatou que as gestantes que não tinham resultados desses exames registrados nos seus cartões de pré-natal tiveram uma média de duas consultas no período estudado. Em contrapartida, mulheres que apresentavam os resultados de exames laboratoriais, conforme a preconização do programa do serviço, tiveram média de 09 consultas.

Mesmo com o avanço tecnológico, principalmente em função do uso de surfactantes e outros fármacos, maior disponibilidade de vagas em unidades de terapia intensiva neonatal, com maior chance de sobrevida dos RN, a asfixia ou anóxia ao nascer, uma das principais causas de óbito neonatal, continua mantendo-se elevada no decorrer dos anos, com valores altos entre RN a termo (principalmente decorrentes de traumas obstétricos) ou prematuros, aumentando as taxas da mortalidade neonatal.

Vale ressaltar que, entre as patologias dos RN com maior morbidade, as de causas respiratórias e maternas foram as que apresentaram maior incidência de óbito, demonstrando que, tanto a assistência à gestante, durante o pré-natal, quanto ao RN, durante o parto, devem ser mais adequadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo descritivo das condições de nascimento dos RN no ano de 2002, na Maternidade Municipal de Vila Velha, segundo as variáveis relativas ao pré-natal e ao momento do parto, podemos considerar:

1. A incidência de baixo peso e de muito baixo peso foi respectivamente igual a 9,5% e 1,6%, valor maior que os índices apresentados em vários trabalhos nacionais e internacionais. Este resultado pode estar refletindo o tipo de gestantes, que geralmente são de risco, encaminhadas ao serviço.

2. Em relação aos índices de Apgar, observa-se que 16,2% dos recém-nascidos apresentaram algum tipo de asfixia ao nascimento. Grande percentual dos RN em diferentes faixas de peso, ao apresentar Apgar no 1^0 minuto entre 0 a 3, evoluiu para o óbito, denotando evidente falha na assistência ao RN na sala de parto.

3. Quanto à análise da idade gestacional, cerca de 40% dos prontuários não possuíam registro dessa variável. Os resultados são relativos apenas aos RN que apresentaram o registro em algum momento da internação (290), e para essa população, evidenciamos grande incidência de pretermos (18,8%), quando comparados aos de estudos anteriores.

4. Em relação ao pré-natal, 90,7% das gestantes realizaram pré-natal. Mesmo estando todas as Unidades de Saúde capacitadas para realização do pré-natal em Vila Velha, observamos captação precoce (46,5%) ainda abaixo do preconizado pelo MS. Quanto ao número de consultas, apenas 48,5% das gestantes realizaram mais de cinco consultas, significando que o pré-natal, realizado pela maioria das mulheres do estudo, não foi adequado.

5. Ao analisarmos o preenchimento dos prontuários quanto às características do pré-natal, observamos que cerca de 30% dos prontuários não apresentavam nenhuma referência quanto às observações contidas no cartão da gestante, indicando que o pré-natal não está sendo devidamente valorizado, ou pelas gestantes que não estão levando sempre consigo o cartão com as informações do seu pré-natal, ou pelo profissional de saúde durante a internação para o parto, que não está registrando os dados de pré-natal no prontuário.

6. O índice de parto normal foi de 74,1%. O número de partos cesários (25,9%) está acima do recomendado pela OMS (10-15%). Praticamente o dobro de recém-nascidos apresentou sofrimento fetal no caso de parto cesariano, quando comparados aos que nasceram de parto normal. Vale a pena lembrar que as mulheres que foram submetidas ao parto cesário foram menos avaliadas adequadamente, quando na sala do pré-parto. Não houve relação do tipo de parto com paridade na população estudada.

7. A análise da idade materna evidencia que 66,1% das gestantes estavam entre 20 a 34 anos. A porcentagem de adolescentes (25,4%) no estudo apresenta-se maior do que a média nacional (21%). As gestantes adolecentes iniciaram o pré-natal mais tardiamente, apenas 32,6% delas realizaram as primeiras consultas de pré-natal no primeiro trimestre.

8. A maior porcentagem de recém-nascidos baixo peso ocorreu em gestantes com 35 anos e mais, e em grandes multíparas. Os recém-nascidos de gestantes com história de RN baixo peso ou prematuro, em gestações anteriores ao estudo, apresentaram em média, 30% mais chances de serem também baixo peso.

9. Não parece haver uma rotina quanto ao estímulo precoce ao aleitamento materno, visto que mais da metade dos bebês, nascidos de parto normal e em boas condições de vitalidade, não entraram em contato com o seio materno nos primeiros minutos de vida, o que demonstra deficiência no estímulo ao aleitamento materno.

10. Complicações e/ou patologias maternas que ocorreram durante a gestação e parto e que podem influenciar o peso, idade gestacional e condições de nascimento do RN, como ruptura precoce das membranas, hipertensão arterial, infecção do trato urinário, entre outras, já são atualmente passíveis de total controle. No entanto, o manejo dessas patologias não foi adequado, contribuindo para complicações materno-fetais potencialmente evitáveis.

11. Dada a grande limitação que o estudo, baseado unicamente em análise de prontuários médicos, oferece, não se tem pretensão de representar com os dados, amostra da situação de saúde no Município ou do Programa de assistência materno-infantil, que vem sendo adotado. No entanto, através da quantificação das variáveis características do período neonatal, pode-se contar com subsídios para definir ações, com vistas a atingir, em curto prazo, melhorias no desfecho da gestação, com estabelecimento de prioridades, principalmente voltadas à captação e acompanhamento diferenciado de gestantes potencialmente de risco, a fim de que se possa diminuir o número de nascimentos de RN baixo peso e prematuros, fatores que mantêm elevada a morbi-mortalidade neonatal.

7. REFERÊNCIAS

Aerts DRG de C. Investigações dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. **J Pediatr** 1997; 73 (6): 364-6.

Almeida PAM de. **Assistência Pré-natal e o parto no contexto da mortalidade materna: situação atual e aspectos preventivos.** In Anais do "Simpósio Franco-Brasileiro sobre prevenção da mortalidade materna com ênfase na gravidez na adolescência". São Paulo, Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública Departamento de Saúde Materno-Infantil 1992; 2: 41-50. (Série Investigação em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescência, 2).

Alves EA, Zugaib M. Tratamento obstétrico da hipertensão na gravidez. **Rev Bras Hipertensão** 1997; 4(3): 158-63.

Andrade J, Rudge MVC, Peraçoli JC. Hipertensão arterial e gravidez. **SOCESP - cardiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1996. p. 357-65.

Apgar V. Proposal for new method of evaluation of newborn infant. **Anesthesiol e Analg** 1953; 32: 260-7.

Apgar V. The newborn (Apgar) scoring system: reflections and advice. **Pediatr Clin North Am** 1966;13: 645.

Araújo NS de A. **Contribuições ao gerenciamento local de informações em saúde para o programa de saúde infantil do município de Embu**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Areno FB. **Contribuição ao estudo da antropometria do recém-nascido**. São Paulo; 1984 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Avery G. **Neonatology: pathopysiology and management of the newborn.** J.B.Lippincott Company; 1987.

Avery ME, Richardson D. History and epidemiology. In: Taeusch HW, Ballard RA, editors. **Avery's Diseases of the Newborn.** 7th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998 p. 1-12.

Baha M, Sibai MD, Thomas N, Abdella MD, Garland D, Anderson MD. Pregnancy outcome in 211 patients with mild chronic hypertension. **Obstet Gynecol** 1983, 61: 571-576.

Ballard J, Kazmaier K, Driver M. A simplified assessment of gestational age. **Pediatr Res** 1977, 11: 374.

Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. **J. Pediatr** 1991; 119(3): 417-423.

Barbieri MA, Silva AM, Bettiol H Fatores de risco para a tendência ascendente do baixo peso ao nascer em nascidos vivos de parto vaginal no Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34, (6):596-602.

Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Victora C G. The impact of lactation centers on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. **Acta Pediatr** 1995; 84 (11): 1221-6.

Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Estanislau HJ. Bajo peso al nascer en el municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo. **Bol Of Sanit Panam** 1987; 102 (6): 541-53.

Battin M, Ling EWY, Whitfield MF, Mackinnon M, Effer SB. Has the outcome for extremely low gesttional age (ELGA) infants improved following recent advances in neonatal intensive care? **Am j Perinatol** 1998;15: 467-477.

Baumer JH, Wright D, Mill T. Illness severity measured by the CRIB score: a product of changes in perinatal care? **Arch Dis Child** 1997;77: F211-F215.

Behnke M, Carter RL, Hardt NS, Eyler FD, Cruz AC, Resnick MB. The relationship of Apgar scores, gestational age, and birthweight to survival of low birthweight infants. **Am J Perinatol** 1987; 4:121-124.

Berger R, Bender S, Sefkoow S, Klingmuller V, Kunzel W, Jensen A. Peri/intraventricular haemorrhage: a cranial ultrasound study on 5286 neonates. Eur **J Obstet Gynecol Reprod Biol** 1997; 75:191-203.

Bertagnon JRD. **Recém-nascido pequeno para idade gestacional algumas características epidemiológicas.** São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Bertagnon JRD, Segre CAM, Siqueira AAF. O recém-nascido pequeno para a idade gestacional: algumas características epidemiológicas. **Arq Cient** 2000;5(1,2):3-6.

Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. **Rev Saúde Pública** 1998; 32 (1): 18-28.

Bicalho-Mariotoni GG, Barros Filho AA. Nascer em Campinas: Análise de Dados do Sinasc, 1995 **Rev Paul Pediatria** 1997;15(1): 24-30.

Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso al nascer. **Pan Am J Public Health** 1998;(5):314-321.

Brito ASJ de, Matsuo T, Gonzalez MRC Escore CRIB, peso ao nascer e idade gestacional na avaliação do risco de mortalidade neonatal. **Rev Saúde Pública.** 2003; 37 (5): 597-602.

Brito EM da S **Estudo de caso controle em dois tempos para analisar os principais preditores do coeficiente de mortalidade neonatal precoce intra-hospitalar das maternidades de Sorocaba, 1995**. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Bruce SL, Petrie RH, Chao S. Unregistered obstetric patients. **J Med** 1979; 268:1375.

Buchalla CM. **Estudo de um grupo de recém-nascidos em maternidades: suas características e a mortalidade do período neonatal precoce**. São Paulo; 1988. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo]

Carter RL, Behnke M, Ariet M, Dickman H, Resnick MB. An index for early assessment of neonatal survival in low birthweight infants. **Am J Perinatol** 1995;12(6):392-395.

Carvalho DS de **Avaliação do programa de atenção pré-natal no município de Curitiba – Paraná.** São Paulo, 2002. [Tese de Doutorado–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Carvalho DS de, Maluf EMCP, Silva KRL, Soares SHS, Kishida GSN, Cruz da E, et al. **Valorizando a dignidade materna**. Curitiba; 1996. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Curitiba – Paraná.

Capurro H A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **J Pediatr** 1978; 93: 120-121.

Cecatti JG, Machado MRM, Krupa F da G Validação da curva normal de peso fetal estimado pela ultra-sonografia para o diagnóstico do peso neonatal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2003, 25 (1): 35-40.

Celik C, Gezginç K, Altintepe L,Tonbul HZ, Yaman ST, Akyürek C, et al. Results of the pregnancies with HELLP syndrome. **Ren Fail**, 2003; 25(4):613-8,.

Centurión CASS **Avaliação da qualidade de assistência perinatal, no município de Taboão da Serra, São Paulo, 1993**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

César CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 (supl. 2).

César JA, Victora CG, Santos IS, Barros FC, Albernaz EP, Oliveira LM, et al. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores sócio-econômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 1997; 31 (1): 53-61.

Chamberlain G. Epidemiology and etiology of the preterm baby. **Clin Obstet Gynecol** 1984; 11: 297-314.

Ciari Jr C, Almeida PAM de Elementos de avaliação do risco gravídico. **Rev Saúde Pública** 1972; 6: 57-78.

Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública** 2003; 37 (4): 456-462.

Cooke RWI. Facts affecting survival and development in extremely tiny babies. **Semin Neonatol** 1996;1:267-276.

Cooney, JP. What determines the start of prenatal care? **Med Care** 1985; 23 (8): 986-997.

Costa HLFF, Costa CFF, Costa LOBF. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. **Rev Bras. Ginecol Obstet** 2003; 25 (9): 631-635.

Costa JSD, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzolli P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacioal no Sul do Brasil: tendências e diferenças. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 (supl.1): 59-66.

Cunha SP da, Peraçoli JC, Duarte G, Nogueira AA, Mauad FF, Chúfalo JE, et al. Hipertensão e gravidez: evolução e parto. **J Bras Ginecol** 1986; 96(6): 295-9.

Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH et al. **EpiInfo, version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers.** Atlanta: Center for Disease Control, 1994.

Denise SC **Avaliação do programa de atenção pré-natal no município de Curitiba – Paraná.** São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]

Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz LM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(4): 469-79.

Diaz A, Pastora T, María M. Incidência de los factores de riesgo de la hipertensión arterial grave inducida por el embarazo. **Bol Méd postgrado**, 2001; 17 (2): 80-88.

Dobie S, Hart LG, Fordyce M, Andilla CHA, Rosembatt RA. Obstetric care and payment sources do low-risk medicaid women get less care? **Am J Public Health** 1998; 88(1): 51-56.

Donaldson PJ, Billy JOG. The impact of prenatal care on birth weight. **Med Care**, 1984; 22 (1): 177-188.

Dubowitz LMS, DubowitzV, Goldberg C. Clinical assessment of gestacional age in the newborn infant. **J Pediatr** 1970; 77:1-10.

Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho M das G. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). **J Bras Patol Med Lab** 2001; 37(4): 267-272.

Faúndes A, Cecatti JG A. operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad Saúde Pública** 1991; 7(2): 150-173.

Faúndes A, Costa RG, Pádua KS, Perdigão AM. Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1998; 14 (supl 1): 49-57.

Feinleib M. The demographic setting: trends in rankings and levels of perinatal and infant mortality, low birth weight and other outcomes measures. In: **Proceedings of the International Collaborative Effort on Perinatal and Infant Mortality;** 1992; A Yaltwille, Maryland: CDC/National Center for Health Statistics; 1992; 3: 116-119.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal M do C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública** 2002; 18(1): 153-161.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal M do C, Theme Filha M.M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública** 2001; 35 (1): 23-32.

Ghidini A, Hicks C, Lapinski RH, Lockwood CJ. Morbidity in the preterm infant with mature lung indices. **Am J Perinatol** 1997;14:75-78.

Gil A. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Goldani MZ, Barbieri MA, Rona RJ, Da Silva AA, Bettiol H. Increasing preterm and low-birth-weight rates over time and their impact on infant mortality in south-east Brazil. **J Biosoc Sci** 2004; 36(2): 177-88.

Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaliación de los requisitos básicos recomendados para diminuir el daño perinatal. **Arch Argent Pediatr** 1996; 94: 232-237.

Hart JT. The inverse care law. **Lancet** 1971; 1 (7696): 405-12.

IBGE – Cidades **Vila Velha – ES Síntese** [online]. Vila Velha (ES); 2002. Disponível em http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php [2002 ago 16].

Jennet RJ, Warford HS. Apgar index: a statistical tool. **Am J Obstet Gynecol** 1981; 140: 206-211.

Jorge MHP de M, Gotlieb SLD, Laurenti R. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999.** Brasília: OPAS, 2001.

Jorge MHP de M; Gotlieb SLD; Soboll MLMS. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev Saúde Pública** 1993; 27 supl, 1-46.

Kaestner R. Health insurance, the quantity and quality of prenatal care, and infant health. **Inquiry** 1999; 36: 162-175.

Keeley RD, Birchard A, Dickinson P, Steiner J, Dickinson LM, Rymer S, et al. Parental attitudes about a pregnancy predict birth weight in a low income population. **Ann Fam Med** 2004. 2(2): 145-9.

Kiely JL, Paneth N, Susser M. Fetal death during labor: an epidemiologic indicator of level of obstetric care. **Am J Obstet Gynecol** 1985; 153: 721-727.

Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN do. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37 (3): 303-310.

Klaus MH, Fanaroff AA **Alto risco em neonatologia**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1982. p. 257-275.

Klein L. Nonregistered obstetric patients. A reportof nine hundred seventy-eight patients. **Am J Obstet Gynecol** 1971; 110: 795.

Krieger JW, Commell FA, LoGerfo JP. Medicaid prenatal care: a comparison of use and outcomes in free-for service and managed care. **Am J Public Health** 1992; 82 (2): 185-190.

Krugman S, Katz SL, Gershon AA, Wilfert C. **Doenças infecciosas em pediatria.** 8º ed. São Paulo: Atheneu, 1991. p. 390-397.

Lallo D, Perucci CA, Bertollini R, Mallone S. Cesarean section rates by type of maternity unit and level of obstetric care: an area based study in Central Italy. **Prevmed** 1996; 25: 178-185.

Lamounier, JÁ. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. **Rev Assoc Med Bras** 1988; 44 (4): 319-24.

Laurenti, R, Buchalla CM. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. II – Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. **Rev Saúde Pública** 1985; 19:225-32.

Leal MC, Gama SGN da, Ratto KMM. Uso do Índice de Kolechuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(1): 63-72.

Lee SK, McMillan DD, Ohlsson A, Pendray M, Synnes A, Whyte R, Chien LY, Sale J. Variations in practices and outcomes in the Canadian NICU network: 1996-1997. **Pediatrics** 2000; 106(5):1070-1079.

Leite AJM. **Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade de atenção à saúde no município de Fortaleza/CE 1995.** São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado - Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo].

Lippi UG. Hipertensão induzida pela gestação. **Pediatr Mod** 1986; 19 (6): 283-300.

Low JA, Panagiotopoulos C, Derrick EJ. Newborn complications after intrapartum asphyxia with metabolic acidosis in the preterm fetus. **Am J Obstet Gynecol** 1995; 172:805-810.

Low JA, Killen H, Derrick EJ. Antepartum fetal asphyxia in the preterm pregnancy **Am J Obstet Gynecol** 2003;188:461-5.

Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterino growth as estimated form liveborn birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation. **Pediatrics** 1963; 32: 793-800.

Lucena L, Lima RT, Marino WT. O Baixo Peso ao Nascer Ainda é um Problema de Saúde Pública no Brasil? **Rev Paul Pediatria** 1998;16(1):15-27.

Maier RF, Rey M, Metze BC, Obladen M. Comparison of mortality risk: a score for very low birthweight infants. **Arch Dis Child** 1997;76:F146-F151.

Marino WT. **Estudo descritivo dos recém-nascidos de Muito Baixo peso em Maternidade de Nível Terciário.** São Paulo, 2001.[Dissertação de Mestrado _ Faculdade de Saúde Pública USP].

Mariotoni GGB, Barros Filho AA, Wacked WB. O Recém-Nascido de Baixo Peso: Morbidade e Mortalidade Hospitalares, Maternidade de Campinas, 1994. **Rev Paul Pediatria** 1996; 14(3):101-106.

Mariotoni GGB, Filho AAB. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975-1996. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(1):71-76.

Mavalancar CR, Trired CR. Levels and risk factors for perinatal mortality in Ahmedabad, Índia **Bull World Health Organ** 1991; 69(4): 435-442.

McCarthy BJ, Schultz KF. Identifying neonatal risk factors and predicting neonatal deaths in Georgia **Am J Obstet Gynecol** 1982; 142: 557-562.

McCormick MC, Siegel JE. Recent evidence on the effectiveness of prenatal care. **Amb Pediatr** 2001; 1: 321-5.

McGrady GA., Daling JR, Peterson, DR. Maternal urinary tract infection and adverse fetal outcomes. **Am J Epidemiol** 1985; 121 (3): 377-381.

Mcintosh N, Harrison. A Prolonged premature rupture of membranes in the preterm infant: a 7 year study. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 1994; 57(1): 1-6.

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília; 1984.

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência Pré-natal: manual técnico**. 38ª ed. Brasília (DF); 2000 A.

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria GM-569, de 1.6.2000: **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília; 2000B.

Ministério da Saúde Secretaria Executiva DATASUS. **SINASC.** Brasília; 1999.

Moore TR, Origel W, Key TC, Resnik R. The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socioeconomic population. **Amer J Obstet Gynecol** 1986; 154: 29-33.

Neumann NA **Cobertura, qualidade e equidade da atenção pré-natal e ao parto, segundo a forma de pagamento destes serviços, em Criciúma-SC.** São Paulo 2000. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Novaes HMD **Mortalidade neonatal e avaliação da qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido no município de São Paulo.** 1999 [Tese de Livre Docência do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo].

Organização Mundial de Saúde, Unicef. **Assistência materna visando à redução da mortalidade perinatal e neonatal: uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF.** Genebra; 1986.

Page EW, Hristianson R.The impact of mean arterial pressure in the midle trimester upon the outcome of pregnancy. **Am J Obstet Gynecol** 1976; 125: 740-746.

Paim, JS, Costa MCN. Variação da mortalidade infantil em diferentes capitais brasileiras (1960-1979). **Rev Baiana Saúde Publica** 1982; 9(3/4): 125-135.

Paiva IS de, Braga NT, Oliveira RR de. Avaliação de protocolo para diagnóstico precoce de infecção perinatal. **Arq Bras Med Nav** 1990; 52(3): 5-24.

Pereira MG **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 1995.

Piaza AJ. Postasphyxial Management of the Newborn. In: Jain L, Keenan W, editors. **Resuscitation of the Fetus and Newborn**. Philadelphia: W.B. Saunders Company 1999;87: 7-17.

Piper JM, Xenakis EMJ, McFarland M, Elliott BD, Berkus MD, Langer O. Do growth-retarded premature infants have different rates of perinatal morbidity and mortality than appropriately grown premature infants? **Obstet Gynecol** 1996;87:169-174.

Prefeitura de Vila Velha Site Oficial. **Humanização do pré-natal e parto em Vila Velha** [on line]. Vila Velha (ES); 2003. Disponível em http://www. Vilavelha.es.gov.br/imprensa/notícias [2003 mar 26].

Puffer RR, Serrano CV. **Patterns of birthweights**. Washington (DC); 1987. (OPAS-Scientific Publication, 504).

Ray WA, Gigante J, Mitchel EF Jr, Hickson GB. Perinatal outcomes following implementation of TennCare. JAMA 1998 28; 279(4):314-6.

Richardson DK, Gray JE, Gortmaker SL, Goldmann DA, Pursley DMM, McCormick MC. Declining Severity Adjust mortality: Evidence of improving Neonatal Intensive Care. **Pediatrics** 1998; 102(4):893-899.

Richardson DK, Gray JE, McCormick MC, Workman-Daniels K, Goldmann D. Score for Neonatal Acute Physiology (SNAP): validation of a new physiology-based severity of illness index. **Pediatrics** 1993;91:617-623.

Richardson DK, Zupancic JAF, Escobar GJ, Ogino M, Pursley DMM, Mugford M. A Critical Review of cost Reduction in Neonatal Intensive Care. The Structure of Costs. **J Perinatol** 2001; 21:107-115.

Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons **Med Care** 1988; 36(1): 54-66.

Rouquayrol MZ Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1986.

Santos SR, Cunha AJLA. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34 (3): 25-32.

Schieve LA, Handler A, Hershaw R, Persky, V Davis, F. Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome. **Am J Public Health** 1984; 84(3): 405-410.

Schramm J.M. de. A Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública** 2002; 36(5):590-7.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Grupo Técnico de Intervenção na Morbi-mortalidade. PMSP/COAS, 1992 (mimeo).

Serafim D. **Mortalidade neonatal em Maringá–PR, 1997-2000**. São Paulo 2002. [Tese de Doutorado–Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo]

Silva AAM da, Coimbra LC, Silva RA da, Alves e MTSS de B, Filho FL, Lamy ZC, et al. Saúde perinatal e atenção à saúde da mãe e da criança no Município de São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2001; 17(6):1413-1423.

Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA, Ribeiro VS, Aragão VM de F, Brito LGO, et al. Mortalidade infantil e baixo peso ao nascer em cidades do Nordeste e Sudeste, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2003; 37 (6) 693-698.

Simchen MJ, Beiner ME, Strauss-Liviathan N, Dulitzky M, Kuint J, Mashiach S, Schiff E. Neonatal outcome im growth-restricted versus appropriately grown preterm infants. **Am J Perinatol** 2000;17(4):187-192.

Siqueira AAF de, Santos JLF, Saqueto CG, Luz ET, Araújo MCA de. Estado Nutricional e hábito de fumar maternos, crescimento intra-uterino e pós-natal. **Rev Saúde Pública** 1985; 19:37-50.

Siqueira AAF de Influência na altura e ganho de peso materno e da idade gestacional sobre o peso do recém-nascido: estudo de três grupos de gestantes normais. **Rev Saúde Pública** 1975; 9:495-506.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (**SINASC**) – 1998 [on line]. Disponível em http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe/sinasc/dxbr.def [2004 dez 02].

Souleyman AOC A perinatologia como o domínio de uma linguagem em comum entre os obstetras e pediatras. **Dissertações e Teses.** Rio de Janeiro 1995.

Stahlman MT. Acute respiratory disorders in the newborn. In: Avery G, ed. **Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn**. Philadelphia: Lippincott; 1981:376-377.

Subervi C de, Cuevas E, Crisóstomo A, Ovídio JMR, Garcia E, Pérez P, et al. Ruptura prematura de membranas.**Rev Médica Domin.** 1991; 52 (1/2): 17-20.

Tanaka AC d'A **Saúde Materna e saúde perinatal relações entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais.** São Paulo; 1986. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Publica–Universidade de São Paulo]

Tase TH **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital-escola referência para gestação de alto risco.** São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado: Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo].

Teixeira LR. **Estudo comparativo entre fonte primária e secundária dos dados de peso e comprimento ao nascer no município de João Pessoa/PB, 1993**. Recife/PE; 1995. [Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Pernambuco].

The International Neonatal Network. The CRIB (Clinical Index for Babies) score: a tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. Lancet. 1993;342:193-198.

Tokuhata GK, Digon E, Mann L. Prenatal care and obstetric abnormalities. **J Chronic Dis** 1973; 26: 163.

Tough SC, Greene CA, Svenson LW, Belik J. Effects of in vitro fertilization on low birth weight, preterm delivery and multiple birth. **J Pediatr** 2000; 136(5):618-622.

Tyson JE, Kennedy K, Broyles S, Rosenfeld CR. The small for gestational age infant: accelerated or delayed pulmonary maturation? Increased or decreased survival? **Pediatrics** 1995;95:534-538.

Usher R McLean P, Scott KE. Judgment of fetal age. II Clinical significance of gestational age and objective measure for its assessment. **Pediatr Clin North Am** 1966; 13: 835-48.

Usher R. Clinical and therapeutic aspects of fetal malnutrition. **Pediatr Clin North Am** 1970;17:178.

Ventura GAB **Assistência pré-natal e ao parto no contexto da mortalidade materna: taxa de cesárea no contexto brasileiro**. In Anais do "Simpósio Franco-Brasileiro sobre prevenção da mortalidade materna com ênfase na gravidez na adolescência". Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública 1992; 2:51-60.

Ventura GAB **Viabilidade da redução de cesáreas em maternidade universitária pública no município de São Paulo.** São Paulo 1998. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública–Universidade de São Paulo].

Verloove-Vanhorick SP, Verwey RA, Brand RA, Gravesnhorst JB, Keirse MJ, Ruys JH. Neonatal mortality risk in relation to gestational age and birth weight. **Lancet** 1986 11;1(8472):55-57.

Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AMB, Horta BL, Tomasi E, et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Rev Saúde Pública** 1996; 30(1): 34-45.

Vohr BR. Outcome of the very-low birth weight infant. **Clin Perinatol** Philadelphia: WB Saunders Company 2000;27(2):13-14.

Weinberg B, Anwar M, Hegyi T, Hiatt M, Koons A, Paneth N. Antecedents and Neonatal consequences of low Apgar scores in preterm newborns: a population study. **Arch Pediatr Adolesc Med** 2000; 154(3): 294-300.

Westphal MF, Almeida ES de. **Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP**; 2001.

Wilson MG, Hewitt WL, Monzon O. Effect of the bacteriuria on the fetus. **T New Engl. J Med** 1996; 274(20): 1115-1118.

Anexo 1

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

I – Identificação da Instituição campo de pesquisa
Nome da Instituição: Hospital Municipal de Cobilândia

II – Dados sobre a pesquisa
Título da pesquisa: Condições de Nascimento do RN segundo as variáveis relativas ao pré-natal e ao parto no Hospital Municipal de Cobilândia em Vila Velha – E.S no ano de 2002.
Pesquisadora: Elaine Guedes Gonçalves de Oliveira CRM-ES 5470
Cargo/Função: Aluna do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública em nível de mestrado da Universidade de São Paulo.
Pesquisadora/Orientadora: Néia Schor
Cargo/função: Professora Doutora do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

III – Esclarecimentos sobre a pesquisa
O presente estudo tem como objetivo identificar algumas variáveis das condições de nascimento dos RN, da assistência pré-natal e do parto no Hospital Municipal de Cobilândia. A coleta de dados será realizada por meio de consulta a prontuários das gestantes admitidas para resolução obstétrica e dos RN, no período de janeiro a dezembro de 2002 nesse serviço.

IV – Termo de Compromisso
Será mantido sigilo quanto á identificação das gestantes e dos RN cujos dados serão utilizados. Os resultados obtidos serão divulgados em dissertação de Mestrado em Saúde Pública, publicações e eventos científicos relativos à área de saúde. O hospital envolvido no estudo receberá o retorno das informações referentes aos nascimentos ali ocorridos, propiciando reflexões sobre o atendimento oferecido ao parto e ao recém-nascido.

Vila Velha, 19 de junho de 2003.

Hospital Municipal de V. Velha
Luciana Ceolin Stefanon
DIRETORA

Instituição

Pesquisadora

Anexo 2

Curso de Mestrado Interinstitucional em Saúde Pública FSP/USP
Pesquisadora Responsável: Elaine Guedes Gonçalves de Oliveira.

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Data: ____/___/____
Número do formulário: ____
Número do Prontuário hospitalar: ____

Bloco I: **IDENTIFICAÇÃO**
Idade:_____
Escolaridade: alfabetizada ☐ 1 sim ☐ 2 não
Data do internamento: ____/ ____/ ____
Hora: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
- Abortos ☐ 1 sim ☐ 2 não
- Número de gestações: _____
- Número de partos vaginais ☐☐
- Número de cesáreas ☐☐
- RN peso < 2,5 Kg ☐ 1 sim ☐ 2 não
- RN prematuro ☐ 1 sim ☐ 2 não

GESTAÇÃO ATUAL
Data da primeira consulta de pré-natal: _____
Número de consultas realizadas durante o pré-natal: _____
LOCAL DO PRÉ-NATAL
Rede Pública: Municipal ☐1 Sim ☐2 NÃO
Estadual ☐1 SIM ☐2 NÃO
Particular ☐1 SIM ☐2 NÃO
Data da última menstruação (DUM): ____/____/____

Anexo 2

Data provável do parto (DPP): ____/_____/_____
Idade gestacional: _____/____/_____
Realização de sorologia para Lues no pré-natal ☐ 1 sim ☐ 2 não
Realização de tipagem sanguínea no pré-natal ☐ 1 sim ☐ 2 não

INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO:

Hipertensão arterial	☐ 1 sim	☐ 2 não
Eclâmpsia	☐ 1 não	☐ 2 não
Diabetes	☐ 1 sim	☐ 2 não
Infecção urinária	☐ 1 sim	☐ 2 não
Crescimento intra-uterino retardadado	☐ 1 sim	☐ 2 não
Hemorragias	☐ 1 sim	☐ 2 não
Sífilis	☐ 1 sim	☐ 2 não
Toxoplasmose	☐ 1 sim	☐ 2 não
Bolsa rota	☐ 1 sim	☐ 2 não
Tempo de bolsa rota: _____ hs _____min		
Outra	☐ 1 sim	☐ 2 não
Qual? _____		

SOBRE O PARTO

Há registro de exame físico obstétrico ☐ 1 sim ☐ 2 não
Há registro da evolução do parto (partograma) ☐ 1 sim ☐ 2 não
Tempo decorrido entre o internamento e o parto: ____/____/____
Duração do trabalho de parto: ____/____/____
Tipo de parto ☐ 1 normal ☐ 2 cesárea ☐ 3 fórceps
Se cesárea, qual a indicação: _____ ☐ sem relato
Se fórceps, qual a indicação: _____ ☐ sem relato
Sofrimento fetal ☐ 1 sim ☐ 2 não
Acidentes e/ou complicações durante o parto ☐ 1 sim ☐ 2 não
Qual? _____

Anexo 2

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO
Nascimento: Data e hora ____/____/____ _____hs
Apgar: Há registro ☐1 SIM ☐2 NÃO 1' ____ 5' _____
Peso de nascimento: Há registro ☐1 SIM ☐2 NÃO
☐1 <1500g ☐2 < 2500
☐3 2500g a 2990g ☐4 > 3000g
Comprimento _____ cm
Idade gestacional (Capurro somático) _____semanas _____ dias
Correlação peso/idade gestacional ☐ 1 AIG ☐ 2 PIG ☐ 3 GIG
Realização de : Tipagem sanguínea ☐ 1 sim ☐ 2 não
Coombs ☐ 1 sim ☐ 2 não
Sorologia ☐ 1 sim ☐ 2 não
Contato com seio materno na sala de parto ☐ 1 sim ☐ 2 não
Recém-nascido encaminhado para:
☐ 1 Alojamento conjunto
☐ 2 Berçário de observação
☐ 3 Berçário médio risco
☐ 4 UTIN
☐ 5 Transferido
☐ 6 Anatomia patológica
Data da alta: ____/____/____.

Anexo 3

VILA VELHA

HOSPITAL MUNICIPAL DE COBRE ÂNDIA
HOSPITAL DA MULHER

PACIENTE.....

.....

ENDEREÇO.....

.....

TEL.:.....

CIDADE ..... UF .....

N REG..... ENF..... LEITO.....

DATA DE INTERNAÇÃO

..... | ..... | .....

Anexo 3

HOSPITAL MUNICIPAL DE COBILÂNDIA

NASC. ÚNICO ☐ GEMELAR/ORDEM AO NASCER ☐

NOME DA MÃE _____
NOME DO PAI _____
BAIRRO/MUNICÍPIO RESIDÊNCIA _____

Dados Maternos

DADE	Alfabetizada	Antecedentes Familiares	Antec. Obstétricos				
RAÇA P ☐ M ☐ I ☐	Sim ☐ Não ☐	Sim Não Diabetes ☐ ☐ Hc. Pul ☐ ☐ Mal.form ☐ ☐ Cerveja ☐ ☐	Abortos Anotar n. de Partos Gestas Nenhum ou 1 parto ☐	Vaginais Cesáreas	Nasc Vivos Nasc Mortos	Vivem ☐ Abortos ☐ 1º sem Abortos 7 a 28 sl ☐ Óbito pós 28 sl ☐	Ru Peso < 2,5K Sim ☐ Não ☐

Ru Prematuro	Término Gestação Anterior
Sim ☐ Não ☐	pós 2 anos ☐

GESTAÇÃO ATUAL

Início Pre-Natal	Nº Consultas	D.U.M / IG	Sorologia para Lues	Grupo Sanguíneo	HIV
			Mês ☐ positivo ☐ negativo ☐ não realizado	Fator RH	Sensibilidade Sim ☐ Não ☐

História Peri-Natal (Hipertensão, Eclâmpsia, Diabetes, Tabagismo, Tóxicos, Infec. Urinária, CIUR, Hemorragias, Sífilis, Toxoplasmose e outros) ____

Data | Assinatura / Carimbo

Duração trabalho Parto	Tempo Bolsa Rota	Sofrimento Fetal	Tipo de Parto	Indicação
____h _____min	___d ___h ____min ☐ no ato	☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	☐ Normal ☐ Forceps ☐ Cesáreo ☐ Outro	

Apresentação	Duração período expulsivo	Anestesia				Drogas ☐ Sim ☐ Não
		☐ Raquidiana	☐ Loco-regional	☐ Peridural	☐ Geral ☐ Nenhuma	

Drogas administradas antes Parto _____

Liq. Amniótico			Volume
☐ claro sem grumos ☐ claro com grumos ☐ meconiado ☐ meconial	☐ odor fétido ☐ purulento ☐ sanguinolento ☐ ignorado		☐ Hidramnio ☐ Oligohidramnio ☐ Polihidramnio

Nascimento : Data / Hora	Sangue cordão : Grupo sang	Rh	Coombs	Sorologia p/ Lues
__/___/___/ ____h				☐ pos. ☐ neg ☐ Não realizado ☐ ignorado

Cordão : Aspecto	Avaliação de APGAR	1 min	5 min	Se deprimido no 5º min tempo em que obtém APGAR 7 ou mais :	Manobras
☐ Normal ☐ Anormal ☐ Circular ☐ Artéria Umbilical Única	Batimentos Cardíacos Respiração Tônus Irritabilidade Reflexa Cor			_____ min	☐ Sucção ☐ Asp. Oronasofaríngea ☐ Asp. Gástrica ☐ Asp. Traqueal

Manobras Reanimação		Contato com seio materno sala de parto	Profilaxia
☐ Não foram realizadas ☐ O 2 sob máscara ☐ Máscara + ambu	☐ Entubação traqueal + ventilação ☐ Massagem cardíaca externa ☐ Drogas ☐ Outros	☐ sim ☐ não	☐ Credé (nitrato prata 1%) ☐ Vitamina K1

Exame físico sumário na sala de parto _____

Recém-nascido encaminhado para
☐ alojamento conjunto
☐ berçário de observação
☐ [illegible]
☐ óbito
☐ transferido
☐ [illegible]

Data | Assinatura / Carimbo

EXAME FÍSICO DO RECÉM NASCIDO

Data/Hora do Exame	Sexo	Peso	Comprimento	Perím. cefálico	Capuzzo Semático	Correlação peso/IG
__/__/__ ____h	☐ masc ☐ Fem ☐ indeterminado	_____g	_____cm	_____cm	_____	☐ AIG ☐ GIG ☐ PIG

Atitude
☐ extensão dos 4 membros ☐ flexão dos 4 membros
☐ flexão dos MI, extensão dos MS ☐ outros

Motilidade
espontânea ☐ normal ☐ tremores ☐ convulsão
☐ hiperativo ☐ deprimido ☐ paralisias

Pele
☐ lesões
☐ sinais cutâneos

Cor ☐ rosado ☐ pletórico ☐ pálido ☐ outros

Cianose: ☐ ausente ☐ localizada ☐ generalizada

Icterícia: ☐ ausente ☐ presente

Cabeça e Pescoço

☐ cefalohematoma
☐ bossa serosanguinolenta
☐ marca fórceps

Fontanela anterior
☐ plana
☐ abaulada
☐ deprimida

Fontanela posterior
☐ palpada
☐ não palpada

Suturas
☐ normais
☐ cavalgadas
☐ com diastáses

Tensão
☐ normal
☐ hipertensa

	Normal	Anormal
facies	☐	☐
olhos	☐	☐
pupilas	☐	☐
nariz	☐	☐
boca	☐	☐
orelhas	☐	☐
pescoço	☐	☐

Tórax

	normal	anormal
conformação	☐	☐
clavículas	☐	☐

Aparelho respiratório
frequência (resp/min) _____
ritmo ☐ regular ☐ irregular

Ausculta ☐ normal ☐ anormal

Dificuldade Respiratória ☐ ausente ☐ leve ☐ moderada ☐ intensa

Aparelho Cardiovascular

Frequência cardíaca (bat/min) _____

	normal	anormal
ausculta	☐	☐
pulsos femorais	☐	☐

Pressão arterial
MSD _____mm Hg MID _____mm Hg
MSE _____mm Hg MIE _____mm Hg

Abdomen

☐ normal
☐ escavado
☐ distendido
☐ outros

Fígado
☐ não palpado
☐ palpado _____ cm RCD-LMC

Baço
☐ não palpado
☐ palpado ____ cm RCE

Rins
☐ não palpado
☐ palpado

Coto umbilical
☐ normal
☐ anormal

Massas
☐ ausentes
☐ presentes

Ânus
☐ perfurado
☐ imperfurado
☐ outros

Eliminação Mecônio
☐ sim
☐ não

Genitourinário
Urinou ☐ sim ☐ não
Genitais externos / Condutos inguinais ☐ normal ☐ anormal

Malformações
☐ ausentes
☐ presentes
Especificar _____

Osteoarticular

	normal	anormal	Manobra Ortolani
Membros superiores	☐	☐	☐ positivo
Membros inferiores	☐	☐	☐ negativa
Coluna	☐	☐	☐ duvidosa

Exame Neurológico

	normal	anormal
choro	☐	☐
reatividade	☐	☐

Tônus
☐ normal p/ idade
☐ hipotônico
☐ hipertônico

Moro
☐ completo
☐ incompleto
☐ unilateral
☐ ausente

Reflexos	presente	débil	ausente
sucção			
preensão palmar			
preensão plantar			
marcha			

Observações : _____

Local de Permanência do R. Nascido

☐ Alojamento Conjunto _____ dias ☐ Berçário Sadio _____ dias ☐ Médio Risco _____ dias ☐ Utin _____ dias
☐ Transferido ☐ Óbito

Assinatura/Carimbo _____

Anexo 3

HOSPITAL MUNICIPAL DE COBILÂNDIA
CGC Nº 2.716.554/0003-67-VILA VELHA-ESPÍRITO SANTO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
BAU

Nome: | reg.:

Idade: | Profissão: | E. Civil: | Sexo: | D. nasc.: / / | n.Doc.

End. Da residência:

Bairro: | Localidade: | Tel: | UF | CEP:

Pai: | Tel.:

Mãe: | Tel.:

Tel. P/ contato | Dia do Atendimento | Repetição do atendimento | Hora Atend.

Nome do Acompanhante | Ident./Org. Emit. | Idade

End. Local de Trabalho: | Localidade: | UF | CEP:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAMES FÍSICOS

PA | mHGFC | bpm/FB | hm/TEMP | °C

Diagnóstico: | CID( )

Procedimento: | COB( )

NATUREZA DO ATENDIMENTO

☐ 1-Clínico ☐ 3-Obstétrico ☐ 5-Psiquiátrico
☐ 2-Cirúrgico ☐ 4-Pediátrico ☐ 6-Isiopneumol
☐ 7-Odontológico ☐ 8- Acidente em Geral

MEDICAÇÃO: ☐ 1-Prescrita ☐ 2-Aplicada

DESTINO DO PACIENTE

☐ 1-Residência ☐ 2-Ambulância ☐ 3-Internação
☐ 4-Óbito ☐ 5-Outros

CM: ( ) CC: ( ) SO: ( ) CTI: ( )

Hospital para onde foi encaminhado o paciente | Data / / | Hora :

Assinatura do Residente / Interno | Nome

Assinatura do Médico | Carimbo | Poleger

Assinatura do paciente ou do acompanhante

Anexo 3

IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

(POLEGAR DIREITO)

IDENTIFICAÇÃO DA RN

(PÉ DIREITO)

_____

PEDIATRA

PMVV
Adm. 2000

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO BERÇÁRIO

Hospital Municipal de Cobilândia

HOSPITAL DA MULHER
"ORMY ANDERS"

Nome da Mãe: _____

Nome do RN: _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Data do Nascimento: ____/____/____

Hora: _____

Rua Fluriópolis - s/nº - Cobilândia
Vila Velha - ES - Tel.: 226-3845
CEP: 29.111-240

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

PESO DO NASC. _____ g Est. _____ cm PC _____ cm PT _____ cm

IDADE GESTACIONAL _____ sem. CAPURRO

DUBOWITZ _____ SEM.

TIPO DE PARTO: _____ APGAR: _____

TIPO SANGÜÍNEO: MÃE _____ RN: _____

EXAME

DE SIFÍLIS: MÃE (VDRL) _____ RN: (VDRL) _____

EVOLUÇÃO: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MEDICO RESPONSAVEL
CRM/ES

PREENCHER ESTE CARTÃO COM A LETRA LEGÍVEL

ALIMENTAÇÃO:

1 - TODA MÃE TEM LEITE E PODE AMAMENTAR

2 - AMAMENTE SEMPRE QUE SEU FILHO QUISER SEM PREOCUPAÇÃO COM HORÁRIO E DURAÇÃO DA MAMADA

3 - INICIE A MAMADA PELO SEIO QUE DEU POR ÚLTIMO. PROCURE DAR OS DOIS LADOS

4 - PARA AUMENTAR A QUANTIDADE DE LEITE BASTA AMAMENTAR MAIS VEZES. TOMAR MUITO LÍQUIDO

5 - A COR DO LEITE VARIA. PODENDO CHEGAR A SER TRANSPARENTE, PARENCENDO RALO, MAS NÃO EXISTE LEITE FRACO

6 - FAÇA MASSAGENS, COMPRESSAS MORNAS E ESVAZIE OS SEIOS SEMPRE QUE ESTIVEREM ENDURECIDOS

7 - AMAMENTE SEU FILHO PELO MENOS POR 6 MESES

OUTROS CUIDADOS

1 - DAR BANHO COM ÁGUA MORNA E SABONETE TODOS OS DIAS

2 - LIMPAR O UMBIGO COM ÁLCOOL ABSOLUTO E GASE

3 - LEVAR A CRIANÇA AO POSTO DE SAUDE COM 10 DIAS DE VIDA PARA VACINAR (BCG - ANTI-HEPATITE B) E TESTE DO PEZINHO

4 - LEVAR ESTE CARTÃO NA 1ª CONSULTA COM O PEDIATRA

5 - PROCURAR O PEDIATRA QUANDO A CRIANÇA TIVER 10 DIAS DE VIDA

Anexo 3

Prefeitura Municipal de Vila Velha
Estado do Espírito Santo
"Deus seja louvado"

Hospital Municipal de Cobilândia
HOSPITAL DA MULHER "ORMY ANDERS"

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PARTO

INTERNAÇÃO		NOME	Nº FORMULÁRIO	
DATA	HORA		ENF	LEITO
__/__/__	____ hs			

ANAMNESE ESPECIALIZADA

OBSERVAÇÕES GERAIS

PULSO [ ] EDEMA (6X) [ ]
PA [ ] IDADE [ ]
ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO __/__/__
DATA PROV. PARTO __/__/__
PRÉ-NATAL SIM [ ] NÃO [ ]
MÉDICO [ ]

RISCO GESTACIONAL

ALTO [ ] GESTA [ ]
MÉDIO [ ] PARA [ ]
BAIXO [ ] ABORTO [ ]
GRUPO SANGÜÍNEO [ ]
RH [ ]
V.D.R.L. [ ]

EXAME FÍSICO ESPECIALIZADO

ÚTERO		TOQUE		VOLUME LÍQÜIDO		BOLSA	
FUNDO	[ ]	COLO	__/__/__	NORMODRÂMNIO	[ ]	ÍNTEGRA	[ ]
TONUS	[ ]	POSTERIOR	[ ]	OLIGODRÂMNIO	[ ]	ROTA	[ ]
SEG/4	[ ]	CENTRAL	[ ]	POLIDRÂMNIO	[ ]	TEMPO	[ ]
BCF	[ ]	APAGAMENTO ____ %					

CONTRAÇÕES: ____ / 10 MIN.

OBSERVAÇÕES: ____

FETO
SITUAÇÃO [ ]
ENCAIXAMENTO [ ]
APRESENTAÇÃO [ ]

EVOLUÇÃO DO PARTO

HORA														
P.A.														
P.														
F.C/10"														
D.M.C.														
DILATAÇÃO CERVICAL	9													
	7													
	5													
	3													
	1													
PLANOS de HOSGE	1°													
	2°													
	3°													
	4°													
BCF	180													
	160													
	140													
	120													
	100													

ANALGESIA:	LOCO REGIONAL	☐	ÍNDICE DE APGÁRIA:	1º MIN.	☐
	BLOQ. PUDENDO	☐		5º MIN.	☐
EPISICTOMIA EPISIORRAFIA:	M.L.D.	☐	FETO	VIVO	☐
	M.	☐		MORTO	☐
SECUNDAMENTO TEMPO:			SEXO:	MASCULINO	☐
				FEMININO	☐
ACIDENTES E COMPLICAÇÕES DURANTE O PARTO: ____ ____			DATA: ____, ____ DE ____		
INDICAÇÃO DE CESARIANA: ____			HORA DO PARTO: ____ hs		
(CID):	(COD):		ASS. DO MÉDICO QUE FEZ O PARTO ____		

DATA - HORA	Médicos usem tinta Azul - Enfermagem use tinta Vermelha