

Fisioter Bras 2018;19(5Supl):S225-S231

ARTIGO ORIGINAL

Estado de saúde do neonato associada à realização da assistência pré-natal

State of health of the neonate associated with the prenatal assistance

Willy Silva de Araújo Medeiros*, Hannah Carolina dos Santos Araújo*, Yslânia de Freitas Oliveira*, Giglielli Modesto Rodrigues Santos**

**Acadêmicas do Curso de Graduação em Bacharelado em Fisioterapia – FIP, **Fisioterapeuta, docente do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP*

Endereço para correspondência: Giglielli Modesto Rodrigues Santos, Rua Avenida Romênia, 137 Jd Magnólia Patos PB, E-mail: gigliellirodrigues@gmail.com

Resumo

A base literária assume consenso ao reconhecer os efeitos de proteção associados a assistência pré-natal para a saúde materna e neonatal, sendo descrito como um acompanhamento voltado à redução do risco e da incidência de morbimortalidade para mãe e filho. O objetivo deste estudo foi verificar a influência do pré-natal na saúde do neonato. A amostra foi composta por 60 prontuários de uma maternidade pública, analisados entre Agosto e Setembro de 2012. A análise estatística foi realizada no Software Microsoft Excel 2010 e no SPSS 18.0. Nos resultados verificou-se que em 60% dos prontuários analisados, as mulheres iniciaram o pré-natal nos primeiros três meses de gestação e realizaram todos os exames laboratoriais solicitados. Observou-se que a incidência predominante de neonatos, com porcentagem superior à 78% nasceram no período adequado. O desconforto respiratório apareceu como principal morbidade. Houve predominância de 5 a 6 consultas de pré-natal realizadas durante a gestação (75%) e recém-nascidos com peso adequado. Com os resultados deste estudo, é possível compreender a ação protetora do pré-natal, assegurando uma gestação saudável afim de identificar precocemente fatores que possam colocar em risco a mulher e o feto, sendo ponto chave para redução dos índices de mortalidade perinatal.

Palavras-chave: assistência pré-natal, morbidade, neonatos.

Abstract

The literature assumes consensus by recognizing the protection effects associated with prenatal care for maternal and neonatal health, being described as a follow up aimed at reducing the risk and incidence of morbidity and mortality for mother and children. The aim of this study was to verify the influence of prenatal care in health of the neonate. The sample was composed of 60 medical records of a public maternity, analyzed between August and September 2012. Statistical analysis was performed in Microsoft Excel 2010 Software and SPSS 18.0. In the results it was found that in 60% of the records examined, women began prenatal care in the first three months of pregnancy and conducted all laboratory tests requested. It was observed that the prevailing incidence of neonates, with percentage higher than the 78% were born in the appropriate period. The respiratory distress appeared as major morbidity. There was a predominance of 5 to 6 prenatal consultations carried out during the pregnancy (75%) and infants with appropriate weight. With the results of this study, it is possible to understand the protective action of prenatal care, ensuring a healthy pregnancy, to identify early factors that may put at risk the woman and the fetus, being key to reducing the incidence of perinatal mortality.

Key-words: prenatal care, morbidity, newborns.

Introdução

A base literária assume consenso ao reconhecer os efeitos de proteção associados a assistência pré-natal para a saúde materna e neonatal, sendo descrito como um acompanhamento voltado à redução do risco e da incidência de morbimortalidade para mãe e filho. O principal objetivo da atenção pré-natal, de acordo com o Ministério da Saúde, é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando uma boa qualidade na assistência, o bem-estar da gestante e do feto contribuindo para o nascimento de uma criança saudável [1].

Para o Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal em muito pode contribuir para identificação precoce de alterações no desenvolvimento fetal, diminuindo os problemas após o parto, e, portanto, reduzindo a mortalidade infantil, bem como o número de mortes intrauterinas. Isso quer dizer que a assistência é importante, pois contribui para conhecimento dos fatores de risco materno-fetal [2].

A assistência pré-natal de boa condição e de fácil ingresso, pode reconhecer precocemente fatores de risco ou sinais que levam à morbidade e mortalidade da gestante e do feto, o que permite que as intervenções apropriadas sejam aplicadas, no entanto, apesar do aumento significativo do número de consultas pré-natal concretizados pelas gestantes a persistência de altos índices de mortalidade materna e neonatal podem relacionar-se a causas preveníveis e não detectadas na assistência, sugerindo falha na qualidade deste serviço ou um serviço inadequado [3].

Evidências demonstram que a assistência pré-natal ausente ou inadequada vem sendo apontada em diversos estudos como fator de influência ao risco de mortalidade neonatal. Seu efeito sobre a mortalidade do recém-nascido é indireto, uma vez que a assistência pré-natal adequada pode identificar algum desajuste e atuar a tempo para prevenir as complicações, o que minimizaria o impacto de possíveis intercorrências da gestação [4].

Sabe-se ainda, que a assistência pré-natal auxilia no acompanhamento do desenvolvimento do feto, assim como pode identificar, prevenir ou até mesmo intervir precocemente em possíveis complicações provenientes da própria gestação. Dessa forma, surgiu o seguinte problema: Será que o pré-natal realizado adequadamente irá interferir sobre a redução de complicações fetais, possibilitando a otimização da saúde do neonato?

Diante desta sugestiva, o objetivo principal desta pesquisa foi verificar influência do acompanhamento pré-natal na saúde do neonato, identificando suas condições de saúde e predominância de morbidades.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa relacionada ao pré-natal na proteção da saúde dos neonatos nascidos em uma maternidade pública. A população foi constituída por 240 prontuários de puérperas que realizaram algum procedimento na maternidade em questão, no período correspondente à pesquisa e a amostra de 60 prontuários.

Como critérios de inclusão para seleção dos prontuários desta pesquisa, foi exigido como pré-requisito, prontuários de puérperas que contivessem no mínimo uma consulta pré-natal durante a gestação, que contenham informações sobre os neonatos, que tenham sido submetidas ao parto entre o período pré-estabelecido para realização da pesquisa e que estivessem internas na maternidade no período do estudo, podendo assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão estiveram prontuários que estivessem não datados ou ilegíveis, que não possuíssem informações detalhadas sobre o pré-natal realizado pela mulher, prontuários que não estivessem disponíveis nos postos de enfermagem da referida maternidade e prontuários de puérperas que tivessem interrompido por espontânea vontade a gravidez.

O presente estudo ofereceu risco mínimo e previsível aos seus participantes, porém os pesquisadores fizeram o possível para que não ocorresse nenhum dano ao participante. Estes riscos poderiam ser de ordem moral, como algum constrangimento, os quais foram possíveis ser atenuados, ou minimizados por meio de uma conversa franca e esclarecedora, deixando claro que o indivíduo poderia deixar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. E os benefícios foram de grande valia, pois esta pesquisa visou elucidar as próprias puérperas quanto aos benefícios do programa de assistência pré-natal bem sucedido e ainda contribuindo para o enriquecimento do conhecimento acadêmico e científico.

A coleta se deu a partir da coleção de elementos contidos nos prontuários das puérperas, que foram assistidas na realização do seu parto. O instrumento de coleta de dados, constou de um formulário pré-estruturado pelo pesquisador, contendo questões que serviu como guia no recolhimento dos dados dos prontuários das puérperas e recém-nascidos. Sendo realizada por um único pesquisador, que se dirigiu ao encontro das puérperas internadas nas enfermarias da maternidade, onde essas foram selecionadas de forma aleatória. O pesquisador realizou a leitura clara e objetiva do TCLE à puérpera e solicitou através da assinatura deste, a autorização da mesma para que o pesquisador tivesse acesso ao seu prontuário e ao prontuário do recém-nascido.

Quando assinado o termo de consentimento, o pesquisador se dirigiu ao posto de enfermagem do pavilhão da maternidade, portando o instrumento de coleta dos dados como também a cópia do termo de autorização institucional, onde foi possível acesso ao prontuário da puerpera e do neonato, e coleta das variáveis desta pesquisa. Os dados foram coletados em um período entre os meses de Agosto e Setembro de 2012, o que somaram um total de 60 prontuários.

Para análise quantitativa, foram realizadas interpretações e comparações dos elementos, sendo lançados os resultados em tabelas e figuras legendadas. Esse processo foi realizado através de estatística descritiva, utilizando medidas de média e desvio padrão como subsídios para análise a partir do uso do Statistical Package for Social Science (SPSS)® versão 18.0 para o Windows e o Software Microsoft Excel®, versão 2010.

A realização deste estudo considerou rigorosamente as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução N° 196/96, atualmente sendo conduzida pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, com protocolo número: 106/2012. Sob a ótica do Ministério da Saúde, esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa.

Resultados

A idade gestacional em que a mulher inicia o pré-natal e a realização dos exames no pré-natal são fatores condicionantes para o desfecho favorável do processo gestacional. O início precoce do pré-natal é considerado um indicador sensível da adequação e do impacto dos programas de intervenção nesta área como demonstra a Tabela I.

Tabela I – Distribuição referente ao início pré-natal e exames laboratoriais realizados lançados de acordo com trimestre gestacional.

Variável								
Início do pré-natal	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
	36	60	22	36,7	02	3,3	60	100,0
Realização de exames laboratoriais	Todos		Alguns		Total			
	f	%	f	%	f	%		
	36	60	24	40	60		100,0	

f = Frequência; % = Porcentagem; Fonte: Prontuários das puerperas assistidas no local da pesquisa

A Tabela I discorre sobre o início do pré-natal referente ao trimestre gestacional, como também demonstra sobre a realização dos exames laboratoriais ditos mínimos pelo Ministério da Saúde. Onde se observou o maior percentual 36 (60%) gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, seguido por 22 (36,7%) que iniciaram no segundo trimestre. Em relação aos exames laboratoriais 36 (60%) realizaram todos e 24 (40%) realizaram alguns dos exames laboratoriais mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal (ABO-Rh, VDRL, urina tipo I, glicemia de jejum, Hb/Ht, anti-HIV).

A maturidade neonatal pode colocar-se como fator preponderante na susceptibilidade do recém-nascido à aquisição de morbidades, a Tabela II expõe a idade gestacional em semanas dos nascimentos dos RN.

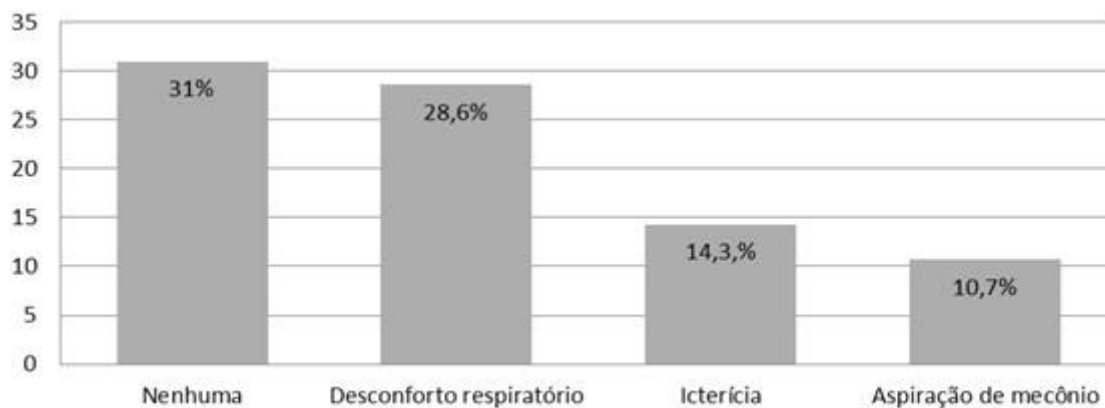
Tabela II – Distribuição da maturidade neonatal considerando a idade gestacional (em semanas) do seu nascimento.

Semanas	n	%	Porcentagem acumulada
32 a 36	13	21,7	21,7
37 a 41	48	78,3	100
Total	60	100	

Fonte: Prontuários dos neonatos assistidos no local da pesquisa.

Ao analisar a Tabela acima, identifica-se que a maior incidência 48 (78,3%) dos neonatos nasceram entre a 37 e 41 semanas gestacional, o que os caracteriza como recém-nascidos termo, seguido pelos recém-nascidos pré-termos ou prematuros com 13 (21,7%) nascidos entre 32 e 36 semanas de gestação.

Diversas são as morbidades que podem estar associadas ao RN, essas de caráter fisiológico ou adquirido, assim, a Figura 1 apresenta as principais morbidades encontradas ao longo desta pesquisa.



Fonte: Prontuários das puérperas assistidas no local da pesquisa

Figura 1 – Distribuição das morbidades encontradas nos neonatos assistidos no local da pesquisa.

De acordo com a Figura 1 em relação ao resultado sobre as principais morbidades neonatais encontradas neste estudo, demonstrou que 29 (31%) dos neonatos não apresentaram nenhuma morbidade, a principal morbidade encontrada foi o desconforto respiratório com 14 (28,6%), seguido pela icterícia com 12 (14,3%) e 5 (10,7%) aspiração de mecônio.

A realização do número de consultas pré-natal adequado pode influenciar no desfecho do peso ao nascer, a Tabela III expõe sobre a variação dessas variáveis.

Tabela III – Variação de peso neonatal ao nascer e número de consultas no pré-natal.

Peso do RN	03 a 04		05 a 06		07 a 08		09 a 10	
	f	%	f	%	f	%	f	%
BPN	4	33,3	3	18,8	5	20,8	1	12,5
Insuficiente	2	16,7	1	6,2	6	25,0	2	25,0
Adequado	6	50,0	12	75,0	12	50,0	5	62,5
Macrossômico	0	0	0	0	1	4,2	0	0
Total	12	100,0	16	100,0	24	100,0	8	100,0

F = Frequência; % = Porcentagem; Fonte: Prontuários das puérperas assistidas no local da pesquisa.

Conforme os dados da Tabela III, os números de consultas pré-natais tiveram relação com o peso do neonato, onde 12 (75%) gestantes realizaram de 05 a 06 consultas e tiveram recém-nascidos com peso adequado, observou também que a maior porcentagem de peso insuficiente foi nas gestantes que realizaram número de consultas de 07 a 08, com 6 (25%) das gestantes. Ainda, que 4 (33,3%) dos neonatos nascidos com baixo peso tiveram realização de 03 a 04 consultas pré-natal no período gestacional. Foram considerados para o peso ao nascer a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) onde assumi os seguintes valores baixo peso (< 2500 g), peso insuficiente (2500-3000 g), peso adequado (3000-4000 g). Recém-nascidos ≥ 4000 g foram classificados como macrossômicos.

Discussão

A respeito dos exames preconizados no estudo sobre o pré-natal na atenção primária, em discordância a este trabalho verificaram que 57,5% das gestantes não haviam realizado

todos os exames, existindo a hipótese de algumas destas 42,5% terem realizado parte dos exames e não todos, por algum problema pessoal ou dificuldade na sua marcação [3].

No artigo intitulado “Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de uma instituição filantrópica de São Paulo” diferentemente deste estudo observou que 50,7% gestantes da amostra, realizaram a primeira consulta no 3º trimestre da gravidez, sendo a maioria 82 (73,9%) gestantes adultas, continuando observou-se que 40,2% iniciaram o pré-natal no 2º trimestre de gestação [5].

Um estudo analisando o início do pré-natal das gestantes utilizando-se o critério de assistência pré-natal de qualidade mínima tendo início no primeiro trimestre gestacional e com pelo menos, seis consultas, constaram que 207 (37,4%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, sendo essas 74 (34,7%) adolescentes e 133 (39,1%) adultas [6].

Em uma pesquisa realizada no município de João Pessoa/PB, em seus resultados consonantes a esta pesquisa relata sobre as características das gestações analisadas na pesquisa, onde 44,2% das gestações foram a termo (tinham entre 37 e 41 semanas) e 33,8% pré-termo [7]. Em um estudo identificaram quanto à idade gestacional que 93% das mães da sua amostra pariram entre a 37ª e 42ª semana de gestação, sendo considerado que suas crianças nasceram a termo [8].

Analisando a maturidade neonatal em seu estudo, verificou que ocorreu prematuridade encontrando maior percentual entre adolescentes (21,9%), seguido das mulheres com idade avançada (19,9%) e menor entre as adultas (16,1%), já os RN termo categorizaram um percentual de (83,9%) entre as adultas, seguido das mulheres com idade avançada (80,1%) e menor entre as adolescentes (78,1%), corroborando com esta pesquisa que obteve maior percentual em relação ao nascimento neonatal com idade gestacional de 37 ou superior [9].

Associando a realização do pré-natal com as morbidades neonatais, contrário a esse estudo, identificaram que a principal intercorrência ao nascimento foi à cianose com 23,2%, seguida do desconforto respiratório, com 13,9%, a hipotonia, com 12,3%, a bradicardia, com 11,3%, a apneia, com 5,6%, a aspiração de mecônio, com 5,3%, outras alterações apareceram em menor quantidade, ao serem somadas representaram 28,4%. Dentre os recém-nascidos, 29% desenvolveram distúrbios respiratórios e 21,8% infecção. Apesar de 87% das mulheres terem realizado o pré-natal, verificou-se que 68% dos neonatos dessas mulheres apresentaram algum tipo de intercorrência ao nascimento [10].

No Brasil, os motivos de internações hospitalares pelo SUS relacionados com afecções perinatais incluem, primeiramente, os transtornos respiratórios e, também, os transtornos relacionados com a idade gestacional e com o crescimento fetal [11].

Autores relatam que a hiperbilirrubinemia é a expressão clínica que caracteriza a icterícia, essa que é um dos problemas mais comuns no período neonatal. Em geral é de caráter benigno, mas, devido à toxicidade potencial da bilirrubina, os neonatos de risco para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa, necessitam de monitoramento para prevenir sua ocorrência [12].

Nas últimas décadas tem sido observada uma tendência para a redução da incidência da síndrome da aspiração do mecônio, tal redução que tem sido atribuída à realização de melhores práticas obstétricas, que induz a diminuição de gestações pós-termo, conseqüentemente, do sofrimento fetal [13].

Realizando uma análise, tendo como desfecho o BPN, confirmando essa averiguação encontrou-se forte associação entre o baixo número de consultas no pré-natal e o BPN, aproximadamente três vezes maior chance de BPN entre as pacientes que realizaram menos de quatro consultas no pré-natal, além de também estar associado à baixa escolaridade e ao início tardio do pré-natal [14]. Analisando os fatores associados ao peso insuficiente (PI), após o controle dos fatores de viés, em discordância com essa pesquisa, foram identificados como maior chance para PI em crianças de termo, ser do sexo feminino, ou nascer de parto vaginal, ou ser o primeiro filho ou a mãe possuir número insuficiente de consultas no pré-natal [15].

Ao relacionar as consultas no pré-natal ao peso do RN refere ocorrência de baixo peso ao nascer associou-se com atendimento pré-natal adequado, onde entre as pacientes que realizaram pré-natal adequado, a ocorrência de baixo peso foi de 12,3%, enquanto 22,1% apresentavam peso abaixo de 2500g no grupo cuja assistência foi inadequada [6].

Ao estudar crianças nascidas em Pelotas, sugeriram que além do número adequado de consultas, deve-se também buscar uma melhora na qualidade da atenção, após observarem associação entre o nascimento de crianças com base no seu peso e estatura, denominadas pequenas para a idade gestacional (PIG) e a qualidade inadequada do pré-natal [16].

Conclusão

Tendo caráter preventivo o pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois o pré-natal assegura uma boa evolução na gestação, onde é provável identificar o mais rápido as situações de risco para a mulher e para o feto, além de oferecer preparo psicológico materno para o parto, garantindo a perfeita estruturação do organismo fetal, reduzindo a taxa de abortamento, o risco de parto prematuro e o óbito perinatal.

Assim, o presente estudo conseguiu demonstrar que a atenção pré-natal é fundamental para um desfecho satisfatório da saúde do neonato no período gravídico e perinatal, identificando que (100%) das mulheres realizaram o pré-natal, variando de 03 a 10 consultas durante os trimestres.

Uma porcentagem referente à 60% das gestantes, deram início ao pré-natal nos primeiros três meses de gestação e concretizaram a realização de todos os exames laboratoriais solicitados, dados que certamente contribuíram para o baixo índice de morbidades neonatais. A principal complicação identificada no período neonatal foi e o desconforto respiratório (28,6%).

Com os resultados deste estudo, é possível compreender a ação protetora do pré-natal, quando observado os resultados de boas condições (em números), assegurando uma gestação saudável, afim de identificar precocemente fatores que possam colocar em risco a mulher e o feto, sendo ponto chave para redução dos índices de mortalidade perinatal. Tal afirmativa pode ser reconhecida pela adequada realização dos exames solicitados durante a gestação, predominância do peso adequado e dos nascimentos entre 37 e 41 semanas, tornando assim, possível a união dessas evidências à outras já existentes, afim de contribuir para os profissionais e acadêmicos da área da saúde, para que haja interesse por novas pesquisas que sirvam como orientação à população.

Por fim, este estudo teve como principal limitação à utilização de dados secundários, coletados em prontuários, acarretando restrições nas análises decorrentes da qualidade das informações expostas.

Referências

1. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília/DF; 2005.
2. Ministério da Saúde. Brasil. Pré-natal e puerpério. Manual Técnico. Brasília/DF; 2006.
3. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev Enferm UERJ* 2011;19(2):286-91.
4. Almeida MF, Alencar GP, Schoeps D, Novaes HMD, Campbell O, Rodrigues LC. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011;27(6):1088-98.
5. Nochieri ACM, Belmonte FAL, Assumpção MF, Leung MCA. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. *O Mundo da Saúde* 2008;32(4):443-51.
6. Neves Filho AC, Leite AJM, Bruno ZV, Filho JGB, Silva CF. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação? *Rev Paul Pediatr* 2011;29(4):489-94.
7. Vasconcelos Júnior MC, Lima FET, Sherlock MSM. Vivência materna com o neonato portador de pneumonia. *Rev Enferm UERJ* 2010;18(2):216-22.
8. Alves AASL, Moraes RM, Vianna RPT. Análise espacial da mortalidade pós-neonatal no município de João Pessoa, PB. XI Safety, Health and Environment World Congress, Santos; 2011. p.24-7.
9. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31(7):326-34.
10. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm* 2012;21(2).
11. Ministério da Saúde. Brasil. Pré-natal e puerpério. Manual Técnico. Brasília/DF; 2006.

12. Newman TB, Liljestrand P, Escobar GJ. Combinando fatores de risco clínicos com os níveis séricos de bilirrubina para prevenir hiperbilirrubinemia em recém nascidos. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;15(9):113-9.
13. Dargaville P, Copnell B. The Epidemiology of meconium aspiration syndrome: incidence, risk factors, therapies and outcome. *Pediatrics* 2006;117:1712-21.
14. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(5):224-31.
15. Silva CF, Leite AJM, Almeida NMGS, Gondim RC. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. *Rev Bras Epidemiol* 2006;9(1):69-80.
16. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Rev Saude Pública* 2004;38(1):24-9.