

"INFLUÊNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NAS CONDIÇÕES DE VITALIDADE E PESO DE NASCIMENTO"

MARCO ANTONIO DE BARROS^a
DORIVAL MORESCHI JUNIOR^a
MARCOS APARECIDO SARRIA CABREIRA^a
FERNANDO MANGIERI SOBRINHO^b

RESUMO

Com a finalidade de avaliar a influência da assistência pré-natal (APN) de nosso serviço em relação à vitalidade e ao peso de nascimento do recém-nascido, estudamos 2.218 parturientes atendidas no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná em 1985, em relação à sua caracterização, dados do seu pré-natal, peso e índice de Apgar do recém-nascido. Do total 76% recebeu APN e destas, 39% em nosso serviço. Quando estabelecido o número mínimo de 4 consultas para o pré-natal ser considerado "adequado", apenas 37% das pacientes foram incluídas. Concluímos que um grande número de pacientes não está tendo a APN quantitativamente adequada e que de maneira geral a APN não exerce influência na vitalidade e nos índices de baixo peso ao nascimento (BPN), mas a APN "adequada" exerce influência significativa sobre esses fatores, diminuindo os índices de anóxia neonatal e BPN.

PALAVRAS-CHAVE: *Assistência pré-natal; Apgar; Peso de nascimento.*

^a- Internos do 6^o ano do Curso de Medicina da UEL.

^b- Docente do Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária - CCS/UEL.

1 – INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal (APN) constitui-se num ramo da Medicina Preventiva que se ocupa do período pré-parto do ciclo gravídico puerperal¹⁰. Dentro dos objetivos propostos, incluem-se a orientação dos hábitos de vida da gestante (p.ex. a dieta, vestuário, atividades físicas, higiene, etc.), apoio psico-social, fornecimento de informações necessárias quanto ao parto e puericultura, diagnósticos e tratamento das patologias próprias da gravidez¹². Para que esses objetivos sejam alcançados é necessário uma APN de boa qualidade, estando isto diretamente relacionado com o número de consultas realizadas e o período em que a mesma se tenha iniciado^{9, 7}.

No contexto global de saúde destaca-se a APN como uma das responsáveis pelos coeficientes de morbi-mortalidade materno e fetal, proporcionando melhores condições de seguimento à gestação. Diante disso sugere-se a necessidade de um efetivo serviço de saúde atuando nessa área^{12, 4}.

Trabalhos relacionam as boas condições de perineonatalidade, ao peso adequado de nascimento. Estudos recentes têm mostrado que o pré-natal (PN) adequado influencia no peso de nascimento (6, 11, 13).

Segundo SHOWSTACK et alii¹³, um trabalho feito por Abramowicz e Kass (1966) não conseguiu mostrar a relação entre PN e peso de nascimento. GORTMAKER³ verificou que o PN adequado estava associado com um maior peso ao nascimento. PLACEK¹³ demonstrou que as gestantes que não tinham APN apresentavam um maior índice de baixo peso ao nascimento (BPN). STICKE¹³ et alii (1973) estudaram 130.000 nascimentos na cidade de Nova Iorque e concluíram que as mulheres que iniciavam o PN no primeiro trimestre de gestação tinham melhores resultados na gravidez. JINADU et alii⁴ concluíram em seus estudos que as pacientes que não tinham APN apresentavam maior índice de BPN, apesar da média do peso de nascimento não ter sido significativamente diferente em relação às pacientes que tiveram APN.

2 – OBJETIVO

Este estudo tem por finalidade avaliar a influência da assistência pré-natal de nosso serviço em relação à vitalidade e ao peso de nascimento do recém-nascido.

3 – MATERIAIS E MÉTODOS

A população foi constituída por todas as parturientes atendidas no serviço da maternidade do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNPr.) durante o ano de 1985, totalizando 2.218 partos.

Os dados foram levantados a partir dos prontuários dos serviços de maternidade e berçário do HURNPr.

Entre as variáveis estudadas incluem-se: idade-materna, cor, procedência, estado civil, local de realização do PN, número de consultas, índice de Apgar e peso do recém-nascido. Em relação ao local do PN foram considerados dois grupos: o das que fizeram no HURNPr. e o das que fizeram

em outros serviços. O número de consultas foi obtido por informações dadas pela própria paciente; as que não se lembravam ou cujo dado não constava no prontuário foram incluídas no grupo sem referência para esse dado. Os índices de Apgar foram analisados no 1º e 5º minutos.

O peso de nascimento foi classificado em três grupos: até 2500 gramas (identificando o baixo peso de nascimento), entre 2500 a 3500 gramas e acima de 3500 gramas.

Os quadros que analisam índices de Apgar e peso de nascimento foram elaborados levando-se em conta se a paciente teve ou não APN, sendo analisado separadamente para estas variáveis o grupo das pacientes que fizeram um PN "adequado" (número mínimo de quatro consultas).

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Verificou-se em relação à idade que mais de 80% das pacientes tinham até 30 anos; as adolescentes perfaziam total de 17% (tabela 1). Quanto à cor das pacientes, 72% eram brancas (tabela 2).

Na avaliação da procedência foi encontrado um predomínio da população urbana, com percentual de 79% (tabela 3). Em relação ao estado civil verificou-se que 63% das pacientes eram casadas e 32% solteiras (tabela 4).

TABELA I

Distribuição das gestantes segundo a idade materna

Idade	Nº	%
Até 18 anos	377	17,0
19 - 30 anos	1.467	65,7
31 - 40 anos	346	15,6
> 40 anos	37	1,7
Total *	2.217	100,0

* Excluído 1 caso sem registro

TABELA II

Distribuição das gestantes em relação à cor

Cor	Nº	%
Branca	1.587	71,7
Não branca	625	28,3
Total *	2.212	100,00

* Excluído 6 casos sem registro

TABELA III

Distribuição das gestantes segundo a procedência materna

Procedência	Nº	%
Urbana	1.747	78,9
Rural	468	21,1
Total *	2.215	100,0

* Excluído 3 casos sem registro

TABELA IV

Distribuição das gestantes segundo o estado civil materno

Estado Civil	Nº	%
Casadas	1.391	62,8
Solteiras	713	32,1
Outros	112	5,1
Total *	2.216	100,0

* Excluído 2 casos sem registro

Em nosso estudo verificamos que 76% das pacientes tiveram APN (tabela 5), 39% das quais no HURNPr. e 61% em outros serviços, basicamente representados pelas unidades periféricas de atenção primária à saúde (tabela 6).

TABELA V

Distribuição das gestantes de acordo se tiveram ou não assistência pré-natal

Pré-Natal	Nº	%
Sim	1.561	76,4
Não	481	23,6
Total *	2.042	100,00

* 176 casos sem registro

TABELA VI

Distribuição das gestantes de acordo com o local de realização do pré-natal

Local	Nº	%
H.U.R.N.Pr.	614	39,4
Outros	944	60,2
Total *	1.558	100,0

* Excluído 3 casos sem registro

Em relação ao número de consultas, 36% das pacientes fizeram mais de quatro consultas em seu pré-natal e 44% não souberam informar, ou não havia referência para esse dado (tabela 7).

Analisando-se os índices de Apgar no 1º e 5º minutos e o peso de nascimento, verificamos que não houve diferenças entre as pacientes que tiveram ou não APN, e que o grupo de pacientes sem referência para o PN apresentou índices maiores de anóxia neonatal moderada e grave e também maior índice de BPN (tabela 8, 9 e 10).

TABELA VII

Distribuição das gestantes segundo o número de consultas realizadas durante o pré-natal

Número de Consultas	Nº	%
Até 3	299	19,2

4 a 6	392	25,2
7 ou +	174	11,2
não sabe (ou s/ref.)	693	44,4
Total	1.561	100,0

TABELA VIII

Distribuição do índice de Apgar no 1º minuto em relação às gestantes que tiveram ou não APN

PN Apgar	SIM		NÃO		S/REF.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 3	46	3,0	14	2,9	9	6,2	69	3,2
4 - 7	140	10,2	40	8,4	26	17,9	206	9,6
8 - 10	1.342	87,8	421	88,7	110	75,9	1.873	87,2
Total *	1.528	100,0	475	100,0	145	100,0	*2.148	100,0

* Foram excluídos 8 casos sem registro e o 2 partos gemelares e natimortos.

TABELA IX

Distribuição do índice de Apgar no 5º minuto em relação às gestantes que tiveram ou não APN

PN Apgar	SIM		NÃO		S/REF.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 3	10	0,7	3	0,6	1	0,7	14	0,7
4 - 7	56	3,7	11	2,3	13	9,0	80	3,7
8 - 10	1.462	95,6	461	97,1	131	90,3	2.054	95,6
Total *	1.528	100,0	475	100,0	145	100,0	*2.148	100,0

* Foram excluídos 8 casos sem registro e 62 partos gemelares e natimortos.

TABELA X

Distribuição do peso de nascimento em relação às gestantes que tiveram ou não APN

Pré-Natal Peso	SIM		NÃO		S/REF.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
até 2500g	154	10,1	46	9,7	35	23,7	235	10,9
2500g								
3500g	1.086	70,9	341	71,9	81	54,7	1.508	70,1
mais 3500g	291	19,0	87	18,4	32	21,6	410	19,0
Total *	1.531	100,0	474	100,0	148	100,0	*2.153	100,0

* Foram excluídos 3 casos sem referência e 62 partos gemelares e natimortos.

Analisando as pacientes que tiveram um PN "adequado" (mínimo de 4 consultas), verificou-se uma diminuição significativa na incidência de anóxia neonatal (tabelas 11 e 12). No estudo do peso de nascimento, encontramos diminuição do índice de BPN, de 10,9% no geral para 5,3% nessas pacientes, sendo essa diferença significativa (tabela 13).

TABELA XI

Distribuição do índice de Apgar no 1º minuto nas pacientes que tiveram APN "adequada"

Apgar	Nº	%
0 - 3	11	1,9
4 - 7	48	8,5
8 - 10	507	89,6
Total	566	100,0

TABELA XII

Distribuição do índice de Apgar no 5º minuto nas pacientes que tiveram APN "adequada"

Apgar	Nº	%
0 - 3	04	0,7
4 - 7	12	2,1
8 - 10	550	97,2
Total	566	100,0

TABELA XIII

Distribuição do peso de nascimento nas pacientes que tiveram APN "adequada"

Peso Nascimento	Nº	%
Até 2.500 gramas	30	5,3
2.500 a 3.500 gramas	421	74,4
mais de 3.500 gramas	115	20,3
Total	566	100,0

5 - DISCUSSÃO

Na avaliação da APN evidenciou-se que apesar de 76% das pacientes terem recebido alguma assistência, apenas 37% das mesmas o fizeram com um número de consultas considerado adequado (4 consultas ou mais), corresponde a apenas 26% do total de pacientes estudadas. Estatísticas brasileiras demonstram que 70% das pacientes realizam algum tipo de APN; no Estado do Paraná, 73,6% delas iniciam até o 4º mês de gestação. Utilizando critérios

distintos para a conceituação de PN adequado, SHOWS-TACK¹³ encontrou índice de 45,8% de PN adequado em pacientes brancos e 10,7% em pacientes negros.

O grupo das pacientes identificadas como "sem referência" para o PN é constituído principalmente por pacientes cujo recém-nascido apresentou condição mórbida ou óbito, cujos dados não se encontravam nos respectivos prontuários. Esse fato explica a maior incidência de anóxia neonatal e BPN nesse grupo de pacientes.

Na análise não quantitativa da APN evidenciou-se que não houve influência nos índices de Apgar e BPN, entretanto, a partir do estudo de um grupo de pacientes que realizaram PN com o mínimo de 4 consultas, verificou-se importante influência nos índices de BPN, reduzindo-se esse índice de 10,7% para 5,3%, nesse grupo.

Outros estudos detectaram essa relação entre qualidade do PN e o BPN. BARROS et alii¹ detectaram índices de 18,4% de BPN em pacientes que não faziam PN e 6,5% nas pacientes que faziam um PN com pelo menos 5 consultas. Estudando crianças nigerianas, JINADU⁴ observou que no grupo de crianças com peso de nascimento maior que 2500 gramas, apenas 14,5% das mães não tinham feito PN, enquanto no grupo com BPN esse índice alcançava 22,5%. Nesse mesmo estudo concluiu-se que a APN exerce influência apenas sobre os índices de BPN e não na média do peso de nascimento.

Os resultados do nosso estudo ratificam os dados de literatura, ressaltando a importância da influência da qualidade da APN sobre os índices de BPN e indicando a necessidade de reflexão a respeito do sistema de APN desenvolvido em nosso meio.

6 - CONCLUSÕES

- Grande número de gestantes não está tendo APN quantitativamente adequada.
- Quando analisada não quantitativamente a APN não exerce influência nos índices de vitalidade e BPN.
- A análise da assistência pré-natal com o mínimo de 4 consultas exerce influência de maneira significativa na vitalidade e nos índices de BPN.
- A APN exerce influência mais direta sobre o índice de BPN do que os índices de Apgar.

ABSTRACT

Studied the relationships among prenatal assistance, birthweight and vitality of the newborn. This study was carried out at the "Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná", in Londrina, Paraná, in 1985, where 2,218 patients were studied. This study was based on such data as: prenatal and Apgar's index and the weight of the newborn. From the total patients studied, 76% received prenatal assistance (PNA), 39% of this total received directions from our Hospital. We found that 37% of the patients presented at least four prenatal visits (considered "adequate"). Regarding to the above data we concluded that a significative percentage of the patients have been not receiving a minimum desired PNA visits and in general terms we way say that the PNA has not influence in both vitality and index of low birthweight. It was observed, too, that an "adequate" PNA has a significative influence in these factors, decreasing the neonatal anoxia index and low birthweight.

KEY WORDS: Prenatal assistance; Apgar; Birthweight.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, F.C. et alii. Bajo Peso al nacer en el municipio de Pelotas, Brasil: Factores de Riesgo. *Bol of Saint Panam*, 102(6): 533-41, 1987.
2. COONEY, J.P. What determines the start of prenatal care? *Medical Care*, 23(8): 986-97, aug. 1985.
3. GORTMAKER, S.L. The effects of prenatal care upon the health of the newborn. *AJPH*, 69(7): 653-4, jul. 1979.
4. JINADU, M.K. et alii. Effects of antenatal care and parity on birthweights of Nigerian children. *J.R.S.H.*, 5: 194-5, 1983.
5. LANGLEY, I.I. Resolved; that the present system of prenatal care is inadequate. *Am. J. Obstet, Gynecology*, 113(4): 558-67, jun. 1972.
6. LEVENO, K.J. et alii. Prenatal care and the low birthweight infant. *Obstetrics and Gynecology*, 66(5): nov. 1986.
7. MAIN, D.M. et alii. Can preterm deliveries be prevented? *Am. J. Obstet, Gynecology*, 151(7): 892-8, abr. 1985.
8. MONTEIRO, C.A. et alii. Avaliação do impacto de suplementação alimentar à gestantes no controle de baixo peso ao nacer no município de São Paulo. (Brasil). *Revista de Saúde Pública São Paulo*, 19: 458-74, 1985.
9. PAPIERNIK, E. et alii. Prenatal care and the prevention of preterm delivery. *Int. Gynaecol. Obstet.*, 23: 427-33, 1985.
10. PEIXOTO, S. Assistência à gestante no Brasil. *Femina*, São Paulo, 4(5): 269-72, mai. 1976.
11. RAHBAR, F. et alii. Prenatal care and perinatal mortality in a black population. *Obstetrics and Gynecology*, 65(3): 327-9, mar. 1985.
12. REZENDE, J. *Obstetrícia*, 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 10, 1982. p.238-51.
13. SHOWSTACK, J. et alii. Factors associated with birthweight; an exploration of the roles os prenatal care and length of gestation. *Am. J. Public Health*, 74(9): 1003-7, sep. 1984.
14. SZWARCOWALD, C.L. & CASTILHO, E.A. A mulher brasileira-estatísticas de saúde. *Dados, Fundação Oswaldo Cruz*, 4, out. 1986.