

CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PARTURIENTE COMO FATOR DE RISCO PERINATAL*

ALEXANDRINA APARECIDA MACIEL¹
ANA CRISTINA D'ANDRETTA TANAKA²

MACIEL, A. A., TANAKA, A. C. D'ANDRETTA. Condições de assistência à gestante e parturiente como fator de risco perinatal. *Semina: Ci. Biol./Saúde*, Londrina, v. 18/19, n.2, p. 25-39, jun. 1999.

RESUMO: *Analisa os principais agravos ocorridos no pré-natal, trabalho de parto, parto e na assistência imediata ao recém-nascido, buscando fatores de risco que estejam interferindo na saúde perinatal. Trata-se de estudo prospectivo de uma amostra de puérperas e conceptos natimortos e nascidos vivos, até o 2º dia de vida destes últimos. A população constituiu-se de 230 puérperas e 232 conceptos. Os dados foram obtidos através de entrevista individual com as puérperas e de levantamento de informações contidas nos prontuários materno e do recém-nascido (RN). A incidência de patologias maternas que pudessem acarretar riscos para o feto durante a gestação como agravo à saúde foi baixa, não constituindo risco gestacional. A mesma colocação não pode ser feita em relação ao momento do parto. Todo ele, desde a internação até o próprio parto, foi cercado de vários riscos, tanto de óbito como de morbidade. Apesar da casuística pequena, observou-se um óbito materno e as duas principais patologias do recém-nascido foram a dificuldade respiratória e os traumatismos de parto, sempre maiores na instituição 2. A variável baixo peso ao nascer como risco associado à presença de patologias no RN, constituiu um risco menor do que o representado pela má qualidade da assistência prestada à parturiente, demonstrando que mãe e filho, foram expostos a riscos maiores, durante a internação hospitalar.*

PALAVRAS-CHAVE: *Assistência, risco perinatal, saúde materna.*

1. INTRODUÇÃO

A interrelação entre a saúde da mulher grávida e do concepto tem sido muito estudada nestes últimos tempos. Tal referência indica que o feto pode sofrer, danos à sua saúde quando a gestante é atingida por um agravo. "Este dano é tão mais grave quanto mais precoce for a idade gestacional sendo também implicado pela intensidade do agravo" (Hughes & Fuchs, 1981).

Para Boersma (1985), das crianças que apresentaram problema no seu crescimento e desenvolvimento, cerca de 30 a 50% foram afetadas por afecções de origem perinatal, isto é, resultados de fatores adversos da gestação, parto e primeiros meses de vida.

Reeves & Anderson (1977), em estudo sobre mortalidade perinatal, no período de 1956 a 1975, concluíram que "a morte desnecessária, a

incapacidade e a morte extemporânea, que são classificados como índices negativos, podem ser um sinal de alerta de que a qualidade do cuidado médico precisa ser melhorada".

Segundo Siqueira et al. (1984), em pesquisa feita tendo como base de dados o ano de 1980, as principais causas de óbito por "causas maternas" no Brasil foram respectivamente os estados hipertensivos, as hemorragias, as infecções puerperais e o abortamento. Em São Paulo, a primeira causa de óbito materno foi a eclâmpsia, observando um coeficiente importante de óbito por estas causas, também entre adolescentes de 10 a 19 anos. Isto indica que as adolescentes já estão apresentando experiência reprodutiva apesar de, Siqueira & Tanaka (1986) ressaltarem que, nessa faixa etária, as causas maternas constituem a sétima causa de óbito.

* Pesquisa realizada em dois Hospitais-Escola do Município de São Paulo.

¹ Depto. de Enfermagem / Universidade Estadual de Londrina, Caixa Postal 6001, Londrina, Pr., CEP 86051-970. Telefone: (43) 371-2249 / 322-0243.

² Depto. de Saúde Materno-Infantil / Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo nº 715, Cerqueira Cesar, São Paulo, SP., CEP 01246-904.

Segundo Luke (1981), "o aumento da incidência de gravidez na adolescência representa um desafio à assistência obstétrica. Na década de 1950 a 1960, o número de nascimentos de mães abaixo de 16 anos de idade aumentou 37%; para jovens entre 16 e 17 anos de idade, 44%. Durante a década seguinte (de 1960 a 1970), o número de nascimentos de mães com menos de 16 anos de idade aumentou 80%, sendo que, para jovens entre 16 e 17 anos de idade, os nascimentos aumentaram 25%".

Neste sentido, o risco de engravidar para as adolescentes atualmente é muito maior do que em décadas anteriores, em virtude de ainda persistirem, baixos níveis de instrução, ausência de orientação sexual e dificuldades de acesso a métodos anticoncepcionais eficazes e adequados, entre outros fatores.

Como consequência desta situação, temos a estimativa confirmada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1989), de que metade dos abortamentos realizados anualmente no Brasil, são praticados por adolescentes que não recebem orientação sexual, afetiva ou contraceptiva.

Com relação ao risco perinatal, Barros et al. (1987) estudaram as causas de mortalidade perinatal em Pelotas (RS) e encontraram um coeficiente de 33,7 por 1000, sendo que 8,8% dos recém-nascidos (RN) pesaram menos de 2500g; 36% dos óbitos perinatais ocorreram antes do início do trabalho de parto; e 31% foram consequência de imaturidade ao nascer.

Fiori (1989), estudando a mortalidade perinatal no Rio Grande do Sul, encontrou um coeficiente de 28,4 por 1000, sendo que este coeficiente variou da capital (28,2/1000) para o interior (24,3/1000 em municípios com mais de 1000 partos por ano; 33,4/1000 em municípios com menos de 1000 partos por ano). Estes dados além de evidenciar a alta taxa de mortalidade perinatal, colocam em questão a necessidade de diferentes políticas assistenciais, segundo a região.

Laurenti & Buchala (1985), estudando a morbidade e mortalidade perinatal, constataram que a mortalidade perinatal é muito maior para os RN de baixo peso; filhos de mães jovens ou mães com idade entre 35 a 39 anos e que mães entre 40 a 44 anos apresentaram a mais alta mortalidade perinatal. Os autores salientam ainda que o número de consultas pré-natais tem importância para a diminuição da gestação de alto risco. Mães que tinham sete ou mais consultas apresentaram menor mortalidade no período.

O índice de cesarianas é outro indicador da qualidade de assistência. Nos Estados Unidos é de 20,3%, Portugal 12,9%, Inglaterra 10,0%, Noruega 9,4%, Hungria 9,5%, Áustria 7,5%,

Tchecoslováquia 6,0% e o Brasil possui a maior taxa com 30,9%, segundo o Plano Nacional de Análise de Dados Publicados pela Fundação Seade (1981).

Os dados apresentados acima refletem o quanto é grave a situação da assistência à mulher com especial referência ao ciclo grávido-puerperal e seu produto. Qual a conclusão a que se pode chegar, quando se observa que a maioria de mulheres grávidas em nosso país morre de problemas hipertensivos, patologia facilmente detectável e controlável, através da assistência pré-natal e uma segura assistência ao parto e puerpério?

A questão da saúde da mulher vem sendo amplamente divulgada e debatida principalmente a partir de 1970, tendo a área materno-infantil merecido especial ênfase nesse contexto. No decorrer desta discussão, um dos programas propostos pelo Estado foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-Prev-Saúde, que previa atividades básicas referentes ao período pré-concepcional e gravídico-puerperal. No entanto, o Prev-Saúde não chegou a ser implantado, por razões basicamente políticas.

Segundo Guertechin (1987), a assistência à saúde materno-infantil traduziu-se, em 1977, no Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, que tinha como proposta básica, evitar as gestações que pudessem representar um risco substancial ao bem-estar do feto e da mãe.

O que se observou na prática foi um aumento considerável do uso de anticoncepcionais em seus programas, principalmente na região Nordeste, onde se concentram a maioria de suas unidades de assistência e também, coincidentemente, os grandes bolsões de pobreza nacional.

A conclusão a que se pode chegar é que a mulher era considerada e assim assistida pelo Estado, como uma unidade reprodutora, que tinha sua grande importância refletida na dinâmica populacional e/ou na manutenção da relação de produção do país, traduzida pela tentativa do governo de manter um equilíbrio entre população, renda e desemprego.

Ações básicas como a implementação de serviços pré-natais, de assistência ao parto, puerpério e à saúde da mulher fora do ciclo grávido-puerperal, na prática, inexistiam.

Em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Castro (1990). Este programa, na verdade, não foi apenas uma iniciativa do governo brasileiro e sim resultado de uma ampla luta do movimento de mulheres, que cobrava qualidade e respeito à autonomia, integridade, e também, às necessidades específicas de cada momento e em todas as fases da sexualidade e vida reprodutiva das mulheres, denunciando o autoritarismo com que as políticas

de controle da natalidade abusavam do corpo feminino, aproveitando-se do desejo real das mulheres de evitar uma gravidez.

Hoje em dia, verifica-se que a proposta original do PAISM não foi totalmente implantada em nenhum estado brasileiro, permanecendo sua operacionalização nas mãos de profissionais isolados, que tentam desenvolver em seu serviço, algumas de suas diretrizes.

O atual governo não tem priorizado a assistência integral à saúde da mulher, pois volta-se com grande ênfase, especificamente à assistência pré-natal, visando o nascimento de crianças saudáveis. Novamente, a mulher está sendo tratada como uma mera reprodutora.

Como será que estas crianças serão educadas social e afetivamente, se perderem suas mães entre a sífilis, os cânceres, as mortes por complicações da gestação ou entre os abortamentos provocados em consequência do uso indevido daqueles anticoncepcionais que foram fornecidos a elas e que não tiveram o efeito esperado?

Neste ponto poder-se-ia questionar a pouca noção que os profissionais de saúde recebem em sua formação, sobre "o seu doente" como um indivíduo-produto mais amplo, social e psicologicamente falando, não apenas como uma visão pontual de um mero útero grávido, e sim como um ser que tem direito à saúde assegurado constitucionalmente e principalmente que este direito é traduzido hoje, na acessibilidade que lhe deve ser assegurada ao serviço de saúde.

Entenda-se acessibilidade aqui, onde a oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos. A acessibilidade deve ser considerada sob diversas abordagens, quais sejam, a geográfica, a cultural, a econômica, a funcional, e associada ao conceito de equidade em saúde, que preconiza o tratamento igual dos indivíduos que apresentam iguais problemas de saúde, e o da equidade vertical, enunciando que indivíduos que tenham problemas desiguais de saúde sejam tratados dentro das peculiaridades de cada caso (Unglert et al., 1987).

Porém, o que se está vivenciando atualmente, em conjunto com todas as outras distorções do Sistema de Saúde, é uma piora substancial na qualidade de assistência à saúde da população.

Mulheres ainda estão morrendo de infecção puerperal, a maioria das vezes adquiridas durante sua internação (Siqueira et al., 1991; Laurenti, 1990). Condutas são tomadas equivocadamente, levando a perdas fetais, maternas e de RN. O acompanhamento da gestação no pré-natal é precário, muitas vezes não detectando problemas de saúde que poderiam evitar complicações futuras, tampouco assegurando

às gestantes local próprio e seguro para terem seus filhos, evidenciando a desorganização do sistema de referência e contra-referência dos serviços de saúde (Tanaka et al., 1989).

Neste sentido, os fatores de risco precisam ser estudados dentro da estrutura do processo saúde-doença, pois ele está articulado no âmbito da saúde coletiva dos grupos sociais e biológicos, isto é, o nível de saúde é determinado pelas características individuais de cada pessoa e também de suas condições de vida.

Raros estudos mostram a questão da assistência à saúde referida a partir da classe social do indivíduo ou grupo, isto é, o acesso à assistência sendo determinado a partir da condição econômica do indivíduo (Martins et al., 1987). Assim, pessoas com maiores recursos econômicos podem receber assistência dos serviços de saúde melhor equipados do que aquelas com poucos recursos econômicos. Desta forma, a camada da população mais carente, tem acesso a instituições menos providas, portanto, recebendo uma atenção menos qualificada.

Sendo o parto um dos momentos de maior vulnerabilidade do binômio mãe-filho é tecida a expectativa de que nesta ocasião a atenção deva ser a melhor possível. Buscando então estudar fatores de risco que estejam interferindo na saúde perinatal, o presente estudo procurou analisar os principais agravos ocorridos no pré-natal, trabalho de parto, parto e na assistência imediata ao recém-nascido.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. População

No presente trabalho, foi realizado um estudo prospectivo de uma amostra de puérperas e conceptos natimortos e nascidos vivos, até o segundo dia de vida destes últimos. Apesar de se analisar o período perinatal o recém-nascido foi acompanhado até o segundo dia de vida (data da alta), visto que no estudo realizado por Tanaka (1986), observou-se que 90% das perdas perinatais ocorreram nas primeiras 48 horas de vida. Estes achados também foram observados por Butler & Bonham (1963).

O estudo foi realizado em dois hospitais-escola do Município de São Paulo, no ano de 1990, sendo um hospital (Instituição 1) geral que inclui maternidade e outro (Instituição 2) que atende exclusivamente à maternidade. Assim, a população constituiu-se de 235 puérperas e 237 conceptos atendidos num período de uma semana, nas duas instituições. Como o estudo tinha por objetivo estudar o período perinatal optou-se por excluir as

mulheres que abortaram ou tiveram perda fetal intermediária. Desta forma a população analisada foi de 230 puérperas e 232 nascimentos.

2.2. Coleta de Dados

2.2.1. Instrumento

O instrumento utilizado neste trabalho foi previamente testado nas duas instituições de estudo, perfazendo um total de 30 pré-testes, através dos quais, foram feitas alterações necessárias. Desta forma, no instrumento de coleta de dados constam itens destinados a obter dados sobre as características biológicas; as condições socioeconômicas; a assistência à saúde prestada ao binômio mãe-filho.

2.2.2. Procedimento

O período estipulado para a coleta de dados, foi de uma semana para cada hospital, à semelhança de estudos feitos em países desenvolvidos, como os de Chamberlain (1975). Os dados foram obtidos através de entrevista individual com as puérperas e de levantamento de informações nos prontuários materno e do recém-nascido. Após autorização da administração das duas instituições, foram entrevistadas 235 puérperas, sendo 71 no hospital geral (Instituição 1) e 164, no hospital maternidade (Instituição 2). Feitas as entrevistas, procedeu-se ao levantamento de dados nos respectivos prontuários.

2.2.3. Variáveis

As variáveis analisadas foram: idade, tipo de união, escolaridade, responsabilidade na família, paridade, frequência ao pré-natal, presença de patologia materna instituição em que a mulher deu à luz, número de vezes que a mulher buscou internação por ocasião do trabalho de parto, intervalo entre admissão da mulher na instituição e o primeiro controle obstétrico, duração do trabalho de parto, tipo de parto, peso ao

nascer, Apgar no Rn no primeiro minuto de vida, presença de patologia no Rn. Foram realizados cruzamentos entre as variáveis, sendo apresentados somente aqueles resultados que apresentaram maior poder explicativo para o estudo.

2.3. Levantamento de Dados

Os dados coletados foram primeiramente planilhados, com posterior codificação e tabulação. Todas as tabelas receberam análise estatística, através de testes não paramétricos. Sempre que necessário foram aplicados o teste de χ^2 e o teste "t".

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo das condições de vida e saúde do binômio mãe-filho não pode ser reduzido a uma questão linear, isto é causa-efeito. As variáveis intervenientes nesta relação são elos de uma cadeia multivariada e multifacetada. Desta forma a questão da causalidade tem que ser vista em seu aspecto mais amplo.

A idade da mulher ao dar a luz não só reflete uma condição orgânica mas também, uma questão social. Biologicamente a idade é determinada pelo tempo decorrido entre o nascimento e o evento estudado, porém este evento está mais próximo ou mais longínquo dependendo da classe social a que a mulher estiver inserida.

Barroso (1986) afirma que "no decorrer da História, as mulheres têm tido filhos cedo ou tarde, ciclicamente, cada sociedade adotando mecanismos próprios de controle, mas sempre sendo possível detectar regimes de sexualidade/reprodução coerentes com o modo de organização das atividades produtivas, com a definição de papéis sociais e com os valores e atitudes culturalmente aceitos".

Em outras palavras o meio social em que a mulher vive, expõe ao risco de engravidar em idades mais precoces e mais tardias, podendo levar mãe e filho a riscos de adoecer e morrer. A Tabela 1, que segue pode ilustrar bem esta questão.

Tabela 1. Distribuição das puérperas segundo a idade e o tipo de união. São Paulo, 1990.

IDADE	TIPO DE UNIÃO											
	OCASIONAL						ESTÁVEL					
	< 1ª		1 a 5ª		5 e +		Ign.		TOTAL			
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
-15	5	7,6	—	—	2	2,4	—	—	—	—	7	3,0
15-19	13	19,7	7	33,3	23	27,0	—	—	3	33,3	46	20,0
20-29	38	57,6	12	57,2	51	60,0	23	47,0	4	44,5	128	55,7
30-39	9	13,6	2	9,5	8	9,4	21	42,8	2	22,2	42	18,3
40 e +	1	1,5	—	—	1	1,2	5	10,2	—	—	7	3,0
TOTAL	66	28,7	21	9,2	85	36,9	49	21,3	9	3,9	230	100,0

A Tabela 1, mostra que a faixa etária predominante da população, está em torno de 20 a 29 anos (55,7%), idade esta considerada por Baird & Thomson (1969), como ideal para a reprodução.

No presente estudo 23,0% das puérperas tinham menos de 19 anos. Cabrera (1980), encontrou uma proporção de 16,3% na população chilena estudada por ele.

Os dados da Fundação Seade (1981) revelam que dos recém-nascidos vivos e registrados em 1979, 13% eram filhos de adolescentes, sendo que no interior do Estado a proporção de nascidos vivos entre adolescentes é maior do que na capital. Este fato talvez se deva a que as meninas do interior tenham possibilidade de vida conjugal mais precoce do que na capital, pela sua própria falta de inserção no mercado de trabalho. Já na capital a adolescência é muito mais prorrogada, sendo que os jovens permanecem até os 20 a 24 anos com os pais antes de se tornarem "adultas" socialmente.

No estudo referido acima a alta proporção de adolescentes se deve talvez primeiramente à defasagem dos dados. É sabido que nos anos 80 houve uma grande "liberação sexual" e com isto um número maior de adolescentes grávidas. Mesmo em países desenvolvidos, o número de adolescentes grávidas dobrou nesta década em relação a décadas anteriores (Worthington-Roberts & Rees, 1988).

Segundo Barroso (1986) "quase 700 mil mulheres com menos de 19 anos já eram mães, no Brasil, de acordo com o censo de 1980, o que representou um aumento de 63% em relação a 1970".

A segunda hipótese é a própria questão da classe social a que as mulheres do presente estudo estão

adscritas. Das parturientes estudadas, 69,8% deram à luz no hospital maternidade (Instituição 2) que se caracteriza como filantrópico, o qual recebe população muito carente; desta forma, pode-se inferir que quase toda a população que é assistida por esta instituição é de classe social baixa.

Com relação ao tipo de união, nota-se que 28,7% das puérperas tem união ocasional, demonstrando que uma faixa importante da população de puérperas não apresenta vínculo afetivo estável com a figura masculina que, segundo Dickstein (1984), tem papel fundamental na sexualidade, sociabilização, moralidade e escolaridade dos filhos, evidenciando também, a problemática que estas mulheres terão de enfrentar com relação a criação de seus filhos. Este fato tem uma predominância maior entre as mulheres jovens adolescentes e mulheres entre 20 a 29 anos.

Segundo Ballard & Gold (1971), existe uma incidência maior de baixo peso ao nascer em crianças filhas de mães adolescentes e este fato é agravado quando a adolescente não tem uma união estável.

Estes problemas podem ser exacerbados e caracterizar uma condição de classe de acordo com o nível de escolaridade e a condição de atividade que estas puérperas apresentam.

Observa-se neste estudo, que a maioria das puérperas, 70,6%, tem apenas o primeiro grau incompleto e 13,2%, são analfabetas, caracterizando o baixo nível de escolaridade da população. Nota-se ainda que 50,0%, ocupam-se apenas com atividades no seu próprio lar, enquanto que 14,5%, estão empregadas de forma regular, e 9,6% exercem atividades de subemprego, destacando-se o fato de que as atividades de

subemprego são desempenhadas pelas puérperas com primeiro grau completo e incompleto e pelas analfabetas. Já em relação às que tem escolaridade acima do primeiro grau, nota-se que se ocupam de atividades de trabalho "formal", tendo, "teoricamente" assegurados os benefícios da previdência e assistência social como licença-gestação, auxílio-natalidade, seguro-desemprego, licença de amamentação.

Já aquelas que tem atividades marginais, por não terem assegurados seus direitos trabalhistas em carteira, podem ser consideradas como um grupo que tem maior exposição a risco decorrente do não acesso a estes direitos.

Chama atenção o elevado índice de desemprego na população (24,6%), ressaltando-se que a causa básica deste foi a gravidez.

Ainda é alto o índice de mulheres que exercem atividades apenas no lar (50,0%). Isto talvez não se deva somente a baixa escolaridade que possuem, mas ao próprio cotidiano destas, uma vez que, normalmente elas tem mais filhos para cuidar e muitas vezes o salário que receberiam não cobriria as despesas com condução e alimentação para ir ao trabalho e também pelo papel social assumido pelo marido e/ou companheiro, de responsável pelo "sustento da família" que pode estar interferindo neste quadro.

Tabela 2. Classificação da puérpera segundo a sua responsabilidade na família. São Paulo, 1990.

RESPONSÁVEL	Nº	%
A própria	18	7,9
Co-responsável	49	21,5
Dependente	161	70,6
TOTAL	228*	100,0

* 2 puérperas com dados ignorados

A Tabela 2, mostra que a maioria (70,6%) das puérperas são dependentes financeiramente de outras pessoas, como seus pais, companheiros ou patrões. No caso destes últimos, o observado foi a caracterização da existência de uma relação que poder-se-ia chamar de trabalho escravo, onde a mulher troca com o patrão, seu trabalho, por casa e comida. O papel do marido ou companheiro no sustento da família foi o de maior incidência.

Esta incidência tão elevada de dependência financeira das mulheres estudadas apesar da

condição social difícil da família, evidencia o quanto é forte o papel de submissão assumido pela esposa ou companheira na relação do casal principalmente nos estratos mais carentes.

Apenas com as variáveis estudadas até agora, não se pode visualizar uma caracterização de classe social, mas pode-se inferir que a grande maioria da população pertence a classe social baixa ou média-baixa.

Para se visualizar melhor a situação dessas mulheres analisou-se a relação entre sua idade e paridade (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das puérperas segundo a idade e a paridade. São Paulo, 1990.

IDADE	I		II e III		PARIDADE IV e +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< - 15	6	6,7	1	1,0	-	-	7	3,0
15 - 19	36	40,5	10	10,4	-	-	46	20,0
20 - 29	40	45,5	66	68,8	22	48,9	128	55,7
30 - 39	6	6,7	18	18,8	18	40,0	42	18,3
40 e +	1	1,1	1	1,0	5	11,1	7	3,0
TOTAL	89	38,7	96	41,7	45	19,6	230	100,0

Nesta tabela observa-se que 23% das puérperas estavam na faixa etária até 15 a 19 anos e destas, 79,2% eram primigestas e as demais estavam na segunda ou terceira paridade.

Estes dados são superiores aqueles encontrados por LIPPI; SEGRE (1988), em estudo sobre eventos obstétricos ocorridos na Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo, no período de 1980 a 1985, onde a incidência de gestantes adolescentes primíparas foi de 64,0%, considerada entre as mais altas encontradas na literatura, pelos autores.

Segundo dados do IBGE, 20% das crianças nascidas vivas no Brasil são filhas de mães adolescentes. Nos EUA este índice é de 16%, no Canadá 9,5% e no Chile 16% (Folha de São Paulo, 1991).

Em relação às mulheres com mais de 30 anos, observa-se que 51,1% delas já são grandes múltiparas e ainda estão tendo filhos. Mostrando que a vida reprodutiva destas mulheres é muito longa.

Este tipo de comportamento é típico das classes sociais mais baixas onde o início da atividade reprodutiva é precoce e seu término ocorre quase que ao final da idade fértil. Isto pode indicar, entre outros fatores, o pequeno acesso aos meios de planejamento familiar, que têm estas mulheres.

A questão do acesso ao serviço de saúde, não está só relacionada ao planejamento do tamanho de sua prole, mas também às questões mais simples de assistência à saúde como por exemplo a consulta pré-natal.

Tabela 4. Presença de patologias maternas segundo a frequência ao serviço de pré-natal. São Paulo, 1990.

FREQUÊNCIA AO PRÉ-NATAL	SIM		PATOLOGIA NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	13 (31,0%)	23,2	29 (69,0%)	16,7	42 (100,0%)	18,2
1 - 4	10 (17,5%)	17,9	47 (82,5%)	27,0	57 (100,0%)	24,8
5 e mais	32 (25,4%)	57,1	94 (74,6%)	54,0	126 (100,0%)	54,8
Número ignorado	01 (20,0%)	1,8	04 (80,0%)	2,3	05 (100,0%)	2,2
TOTAL	56	24,3	174	75,7	230	100,0

Das puérperas deste estudo quase que 20%, não fizeram o controle pré-natal. É sabido que para se poder estudar o risco gravídico a cobertura tem que ser universal, isto é, 100% das gestantes, pois seguramente as mais necessitadas e que são de alto risco, são as que têm um menor acesso a esta assistência.

Através dos dados encontrados na Tabela 4, verifica-se que das mulheres que não freqüentaram serviço de pré-natal (18,2%), a grande maioria (69%) não apresentou patologia, tendo sido diagnosticadas em apenas 31% destas.

Por outro lado, observa-se que nas mulheres que freqüentaram o serviço de pré-natal, a incidência de patologia materna foi menor, 22,9%. Estes dados, reforçam as teorias defendidas por diversos autores, como Gale et al. (1989), de que o acesso à assistência pré-natal diminui o risco gestacional e conseqüentemente, perinatal.

No entanto, ao se analisar a pequena diferença nos índices de patologia materna entre as mulheres que freqüentaram e aquelas que não freqüentaram

o serviço de pré-natal através do teste de chi-quadrado, não houve significância estatística no que diz respeito a ausência ou presença de controle pré-natal. Pode-se inferir então que outras variáveis estão interferindo na relação controle pré-natal e patologia materna, subestimando sua importância, e não permitindo a visualização do risco.

Analisando-se separadamente os extratos, verifica-se que das mulheres que fizeram pré-natal e apresentaram patologia (22,9%), 17,5% submeteram-se a mais de cinco consultas. Este fato, indica que apesar da importância da assistência pré-natal a quantidade de consultas não se traduz em qualidade assistencial. Isto, talvez se deva ao caráter ritualista que vem sendo adotado no atendimento pré-natal, onde o que se verifica é uma distorção entre os procedimentos (pesar, medir, auscultar) e as condutas.

Vale ressaltar então, que o controle pré-natal, isoladamente, não garante uma boa qualidade de assistência ao binômio mãe-filho. Existem outros momentos de grande vulnerabilidade, sendo um deles, o parto.

O sistema atual de saúde não garante à mulher o local de atendimento ao parto; independentemente do controle pré-natal nos centros de saúde, nos ambulatórios dos serviços previdenciários como em médico particular, é a mulher que, no momento do parto deverá buscar o atendimento apropriado. Se a mulher tiver poder aquisitivo alto ou seguro saúde, esta peregrinação se torna menos árdua. Ao

contrário, se ela não dispõe de recursos ou seguro-saúde, sua internação dependerá de vaga na instituição a que recorreu por ocasião do trabalho de parto. Desta forma, pode-se observar no presente estudo que das duas instituições pesquisadas, em uma delas mais de 60% das parturientes já tinham procurado outro serviço de saúde em trabalho de parto, anteriormente à sua internação.

Tabela 5. Distribuição das puérperas segundo número de serviços que buscaram assistência no momento do parto. São Paulo, 1990.

INSTITUIÇÃO	NÚMERO DE SERVIÇOS							
	UM		DOIS		TRÊS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	62	87,3	05	7,0	04	5,6	71	30,9
2	52	32,7	75	47,2	32	20,1	159	69,1
TOTAL	114	49,6	80	34,8	36	15,6	230	100,0

Significativa para $p < 0,01$

A Tabela 5 mostra este fato, onde das mulheres que procuram a Instituição 1, cerca de 87,3%, são internadas de pronto e apenas 13% vem transferidas de outros serviços. Na instituição 2, 67,3% das mulheres já haviam buscado internação em outro hospital e não conseguiram, sendo que destas, 30% já tinham passado por mais de dois serviços de saúde. Esta diferença

não se deve ao acaso e sim é estatisticamente significativa, sendo a Instituição 2 o último recurso que as mulheres dispõem, com segurança, de que não serão encaminhadas para outro lugar para terem seus filhos. Este fato agrava-se ainda mais quando se analisa o tempo decorrido entre a admissão e o primeiro controle obstétrico. A Tabela 6 ilustra esta questão.

Tabela 6. Distribuição das puérperas segundo o intervalo de tempo entre a admissão e o primeiro controle. São Paulo, 1990.

INTERVALO DE TEMPO (EM HORAS)	Nº	%
Não registrado	101	43,9
0 ----- 1 h	54	23,5
1 ----- 4 h	63	27,4
4 h e mais	12	5,2
TOTAL	230	100,0

Na Tabela 6 observa-se que praticamente metade da população do estudo (43,9%) não apresentava qualquer tipo de registro sobre o tempo decorrido entre a admissão e o primeiro controle. Das puérperas cujo controle foi realizado, 23,5% foram feitos até a primeira hora de internação e 27,4% entre a primeira e a quarta hora. 5,2% tiveram estes controles realizados com 4 horas e mais, porém, vale ressaltar que entre estas mulheres, uma teve seu controle realizado com 7

horas de internação, uma segunda com 8 horas e outra com 12 horas e 45 minutos.

Tanaka (1986), estudando o atendimento prestado a 160 parturientes em uma determinada instituição encontrou que apenas 19,5% destas tiveram a primeira avaliação obstétrica realizada dentro da primeira hora de internação e que durante o trabalho de parto, as gestantes eram vistas pela equipe médica em média com 2 a 3 horas de intervalo entre uma avaliação e outra.

Os dados apresentados acima indicam o quanto a assistência prestada a estas mulheres está fora dos parâmetros preconizados na literatura. Segundo Schwarcz (1988), as contrações e o tono uterino devem ser avaliados periodicamente, bem como, a verificação dos batimentos cárdio-fetais deve ser feita a cada 30 minutos. Dessa forma, podem-se surpreender alterações que permitem a percepção de situações de risco.

A ausência de registros encontrada neste estudo é muito preocupante, uma vez que não permite a visualização do atendimento prestado a estas mulheres e sugere uma má qualidade assistencial, podendo-se talvez inferi-la como um importante fator de risco perinatal.

Tabela 7. Distribuição das puérperas segundo a duração do trabalho de parto. São Paulo, 1990.

DURAÇÃO DO TP (h)	Nº	%
< 5	27	28,4
5 – 10	43	45,3
> 10	25	26,3
TOTAL	95*	100,0

* 135 ignorados

A Tabela 7 mostra que, com relação à duração do trabalho de parto, não foram encontradas diferenças daquelas referidas pela literatura. Segundo Delascio & Guariento (1981), o período do trabalho de parto dura em torno de 10 a 15 horas. Novamente, a questão da ausência de registros é levantada, com um índice de 59,6%. Este fato impossibilitou a análise desta variável que poderia ser

um indicativo de risco de qualidade de assistência.

Ciari Jr. et al. (1974), referem quando preconizam a avaliação da assistência médica através de auditoria de ficha clínica, que o que não está escrito não foi feito, pode-se então inferir que, provavelmente, o trabalho de parto da maioria destas mulheres não foi supervisionado, pois não existe nenhuma informação a este respeito em quase 60% dos casos.

Tabela 8. Distribuição de número e porcentagem dos tipos de parto por instituição. São Paulo, 1990.

TIPO DE PARTO	INSTITUIÇÃO				TOTAL	
	1		2		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Normal	48	20,8	101	43,7	149	64,5
Fórceps	08	3,5	09	3,9	17	7,4
Cesárea	16	6,9	49	21,2	65	28,1
TOTAL	72	31,2	159	68,8	231*	100,0

* uma parturiente de gestação gemelar teve o 1º feto por parto normal e o 2º feto por parto cesárea, portanto com dois tipos de parto.

Analisando a distribuição dos tipos de parto segundo Instituição, observa-se na Tabela 8 que 21,2% das cesáreas ocorreram na Instituição 2. Este fato talvez se deva às condições com que chegam as parturientes no local, uma vez que é de conhecimento das mulheres que esta instituição tem como uma de suas filosofias de trabalho a não recusa de pacientes, independente da existência de vaga e desta forma é vista pelas mulheres como um local onde certamente serão atendidas,

independentemente da qualidade deste atendimento.

Vale ressaltar que os dados encontrados, quando comparados com os nacionais, mostram-se relativamente abaixo da média quando analisados isoladamente; pode-se inferir que a Instituição 1 apresenta índices semelhantes aos dos países do primeiro mundo e mesmo a Instituição 2, compara-se aos índices gerais encontrados nos Estados Unidos (Fundação Seade, 1981).

Tabela 9. Distribuição dos recém-nascidos, segundo o peso ao nascer e a instituição. São Paulo, 1990.

PESO (gr)	INSTITUIÇÃO					
	1		2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%		
< 2500	4	5,3	25	16,5	30	13,2
2500 I--- 2999	24	32,0	46	30,3	70	30,7
3000 I--- 3499	30	40,0	63	41,4	93	40,8
3500 I--- 3999	17	22,7	16	10,5	31	13,6
4000 e mais	2	2,7	2	1,3	4	1,7
TOTAL	75	33,3	152	67,0	228*	100,0

Excluídos 4 gemelares.

Na Tabela 9, observa-se uma incidência relativamente alta (12,8%) de RN com baixo peso ao nascer. Tanaka (1986), encontrou uma taxa de 11,54%; no relatório do Hospital do Servidor Público Estadual, o diagnóstico realizado no período de junho de 1986 a maio de 1987, mostrou um índice de 8,1% (São Paulo, 1990); em levantamento realizado pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP, 1988), sobre a incidência de baixo peso ao nascer na América Latina encontrou-se índices como 14,8% no Hospital Vila Nova Cachoeirinha-SP, 13,5% no Hospital Manuel Gea González-México, 10,9% no hospital Higuera-Talcahuano, no Chile, entre outros.

Analisando-se estes dados, observa-se que a incidência de baixo peso ao nascer na população deste estudo encontra-se nivelada com as demais.

Verificando-se esta incidência de acordo com a instituição em que a criança nasceu, constata-se que 86,2% dos recém-nascidos de baixo peso pertencem à Instituição 2. Esta instituição, por atender população basicamente carente possui poucos recursos tanto humanos como materiais, desta maneira as crianças que necessitam de uma assistência mais especializada estão sendo

atendidas na instituição com menores condições, aumentando sobremaneira seu risco de adoecer e morrer no período perinatal.

Analisando-se a distribuição do peso ao nascer do concepto segundo a faixa etária materna, observa-se que 26,7% das crianças com peso inferior a 2500g são filhos de mães com idade menor que 20 anos.

Benício et al. (1985), estudando uma casuística de 20.850 nascidos vivos não gemelares ocorridos em 31 maternidades do Município de São Paulo encontraram um risco relativo na associação entre mulheres menores de 20 anos e baixo peso ao nascer, de 1,4.

Segundo Segre (1985), uma das maneiras de se avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido é através da utilização da escala de Apgar, proposta por Virgínia Apgar, que apesar de ser uma técnica um tanto quanto subjetiva, uma vez que o examinador dá uma nota para cada variável segundo sua percepção, é utilizada praticamente na maioria dos serviços de maternidade do mundo.

A Tabela 10, mostra que o índice de quadros de anóxia grave encontrado no recém-nascidos deste estudo, foi de 5,3%.

Tabela 10. Distribuição dos RN segundo o peso ao nascer e o apgar no primeiro minuto de vida. São Paulo, 1990.

PESO	APGAR						TOTAL	
	0 --- 3		4 --- 7		8 --- 10		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1--- 2499	3	25,0	9	17,0	18	11,0	30	13,1
2500 --- 2999	3	25,0	18	34,0	49	30,1	70	30,7
3000 --- 3499	4	33,3	16	30,2	73	44,8	93	40,8
3500 --- 3999	2	16,7	8	15,1	21	12,9	31	13,6
4000 ---	0	0,0	2	3,7	2	1,2	4	1,8
TOTAL	12	5,3	53	23,2	163	71,5	228	10,0

Tanaka (1986), encontrou 4,3% de recém-nascido com Apgar inferior a 3 em seu estudo e no diagnóstico de situação perinatal realizado no Hospital do Servidor Estadual -1987, verificou-se um índice de 3%, (São Paulo, 1990).

Comparando-se as estatísticas acima, observa-se que a população do estudo apresenta índices mais elevados. Pode-se inferir aqui, que estas

crianças que apresentavam Apgar inferior a três, seguramente têm um risco maior de apresentar deficiência física e ou mental do que aquelas com escores mais elevados.

A morbidade apresentada pelo conceito ao nascer está intimamente relacionada com a assistência pré-natal, trabalho de parto, parto e neonatal imediata.

Tabela 11. Presença de patologias no recém-nascido segundo a frequência ao serviço de pré-natal. São Paulo, 1990.

FREQÜÊNCIA AO PRÉ-NATAL	PATOLOGIA					
	NÃO		SIM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	20	15,5	22	21,4	42	18,1
1 - 4	34	26,4	24	23,3	58	25,0
5 e mais	73	56,6	54	52,4	127	54,7
Ignorado	02	1,5	03	2,9	05	2,2
TOTAL	129	55,6	103	44,4	232	100,0

Com relação ao pré-natal, a Tabela 11 mostra que não está havendo relação entre o fato da mãe ter feito controle pré-natal ou não e a presença de patologia no recém-nascido, uma vez que, entre os filhos de mães que tiveram assistência pré-natal 57,4% das crianças não apresentaram patologia e 42,6% destas, tiveram algum problema neonatal.

Ao mesmo tempo, entre os filhos de mães que não freqüentaram o serviço de pré-natal, 47,6% não apresentaram patologia e 52,3% apresentaram. Novamente aqui, pode-se inferir que a quantidade de consultas ao pré-natal não se revela em qualidade, como ocorreu no cruzamento e análise das variáveis : frequência ao serviço de pré-natal e

patologia materna, apresentado anteriormente (Tabela 4).

Pode-se sugerir que está havendo interferência de outros fatores, na incidência de patologias neonatais, nesta população.

Este fato fica bem evidente quando se analisa a variável anterior, onde 5,3% dos recém-nascidos tiveram Apgar entre 0-3. O que se pode indagar neste momento é quais são as patologias encontradas nestas crianças ao nascer?

No presente estudo, pode-se observar uma alta incidência de morbidade neste período. A Tabela 12, abaixo, mostra esta incidência por agrupamento de patologias.

Tabela 12. Distribuição das principais patologias apresentadas pelo recém-nascido. São Paulo, 1990.

PRINCIPAIS PATOLOGIAS	Nº	%
Dificuldades Respiratórias	44 (51,2%)	19,0
Tocotraumatismo	21 (24,4%)	9,1
Infecções	12 (14,0%)	5,2
Anomalias Congênitas	06 (6,9%)	2,6
Distúrbios Metabólicos	02 (2,3%)	0,9
Incompatibilidade Rh	01 (1,2%)	0,4
Com patologias	86 (100,0%)	37,2
Sem patologia	145	62,8
TOTAL	231*	100,0

* Excluído 1 natimorto.

Observa-se que das crianças que apresentavam alguma patologia após o nascimento (37,2%), 51,2% foram referentes às dificuldades respiratórias, incluídas as anóxias e hipóxias caracterizando-se assim um quadro de alto risco para o desenvolvimento físico e mental destas crianças e sem possibilidades de diagnóstico concreto uma vez que nosso sistema de saúde não garante o acompanhamento desta nos primeiros anos de vida.

Outro dado que chama atenção, ocupando o segundo lugar no rol das patologias apresentadas pelos recém-nascidos, é a incidência de tocotraumatismos em 24,4% destas crianças. Este diagnóstico somado às patologias conseqüentes de infecções (14,0%) deixa clara a qualidade precária de assistência médica que gestantes, parturientes e recém-nascidos estão recebendo.

O que estes dados estão mostrando é que das crianças que apresentaram patologias, 93,0% foram por problemas assistenciais no âmbito de pré-natal, trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido imediata e mediata. Isto deixa claro a precariedade da atenção a saúde.

Dos dados até aqui apresentados pode-se concluir que as condições de assistência juntamente com as condições de vida desta população, estão levando a um alto risco de adoecer e morrer tanto da parturiente como do concepto.

Este fato fica muito evidente na análise da mortalidade materna e perinatal que se fará a seguir.

Sendo a morte de mulheres por complicações da gravidez parto e puerpério uma morte evitável em sua grande maioria, era de se esperar que, numa casuística desta não fosse observado este fato. Porém como mais de 50% das mulheres estudadas receberam assistência ao trabalho de parto tardiamente, pois como já relatado, elas fizeram uma verdadeira peregrinação antes de conseguirem internação, foi observado no presente estudo um coeficiente de mortalidade materna de 43,5 por 10.000 nascidos vivos. Se corrigirmos esta taxa por Instituição, ela seria de 62,9 por 10.000 nascidos vivos para a instituição 2. Este coeficiente é muito elevado quando comparado com os próprios dados nacionais apresentados por Siqueira et al. (1984). Uma das interferências nesta alta magnitude pode ser o fato de se tratar de dados nosocomiais e de coorte, porém, tal fato não é de se estranhar visto que provavelmente, estas mulheres cheguem em piores condições nesta Instituição.

Em relação a mortalidade perinatal o coeficiente encontrado foi de 17,2% nascimentos, porém quando analisado por instituições pode-se observar que todos os óbitos ocorreram na Instituição 2 e assim ao corrigi-lo por local de ocorrência ele seria de 24,8% nascimentos. Coeficiente este, alto,

porém, próximo ao do Estado de São Paulo. É importante relatar que a alta hospitalar é muito precoce nesta Instituição devido a alta rotatividade de vagas, o que seguramente está interferindo na magnitude do coeficiente que deve ser muito mais alta. Muitas vezes as crianças receberam alta hospitalar com menos de 24 horas de nascimento, mesmo quando por ocasião do parto tinham apresentado anóxia ou hipóxia severa ou moderada.

4. COMENTÁRIOS

A população de puérperas foi predominantemente jovem, com uma alta proporção de adolescentes e mulheres entre 20 a 29 anos, das quais um contingente significativo não apresentava vínculo afetivo com a figura masculina. Embora fossem, de modo geral, de classe social baixa ou média baixa, apesar disto, não estavam inseridas na força **formal** de trabalho. Metade delas exercia atividades no próprio lar e aproximadamente a quarta parte estava desempregada devido à gravidez.

Por ser uma população jovem, a paridade destas mulheres era em torno de 2 a 3, porém vale ressaltar que, as multiparas (20%) caracterizaram-se como grandes multiparas. A freqüência ao pré-natal foi alta o suficiente para se poder diagnosticar, intervir e controlar qualquer patologia materna que porventura aparecesse durante este período. Assim a incidência de patologias maternas que pudessem acarretar riscos para o feto durante a gestação como agravo a saúde foi baixa, não constituindo risco gestacional.

A mesma colocação não pode ser feita em relação ao momento do parto. Todo ele, desde a internação até o próprio parto, foi cercado de vários riscos tanto de óbito como de morbidade.

Pouco mais da metade dessas mulheres, quando do trabalho de parto, tiveram que recorrer a pelo menos 2 instituições antes de serem internadas. Este número de mulheres que fizeram uma verdadeira peregrinação antes de conseguir internação foi maior na Instituição 2 do que na 1. Esta diferença foi estatisticamente significativa. Pode-se inferir que as mulheres recorriam primeiramente a outras Instituições antes de ir à Instituição 2, porém, quando não conseguiam internação encaminhavam-se para lá, pois sabiam que ali não seriam recusadas.

Desta forma, observou-se na população de

puérperas estudadas uma alta morbimortalidade materna e perinatal justamente na Instituição 2. Isto provavelmente foi reflexo das condições em que elas chegaram, depois de passar por dois ou mais hospitais, apresentando sérios problemas em seu trabalho de parto que culminaram com a morte ou doença da mãe e do recém-nato.

Neste estudo apesar da casuística pequena, observou-se um óbito materno e as duas principais patologias do recém-nascido foram justamente a dificuldade respiratória e os traumatismos de parto, sempre maiores na Instituição 2 do que na 1. Apesar da conhecida relação entre baixo peso ao nascer e a presença de patologias no RN, neste estudo foi possível observar que a assistência prestada à parturiente está se sobrepondo à variável peso ao nascer.

É importante relatar que, apesar de chegarem seguramente em trabalho de parto avançado e desassistido, ainda uma boa proporção de puérperas permaneceu na instituição, sem supervisão do trabalho de parto e até mesmo do parto. Este fato evidenciou-se através da elevada ausência de informações sobre os controles essenciais e básicos à saúde da parturiente, nos prontuários. O que de certa forma prejudicou a análise destas variáveis, mas por outro lado, deixa claro a falta que os profissionais de saúde das referidas instituições estão cometendo, ao omitir informações sobre a assistência prestada, que seguramente são parte fundamental na garantia da qualidade do serviço.

Assim apesar dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal serem elevados e da alta taxa de morbidade do recém-nascido, pelas precárias condições assistenciais recebidas por essas mulheres, poder-se-ia esperar índices maiores. Estes só não se confirmaram, porque o estudo se restringiu ao período de internação hospitalar.

Este estudo permite concluir que urge estabelecer um sistema de referência ao parto para que as mulheres tenham assegurada sua internação neste momento que é o de mais alto risco durante o período gestacional.

Finalmente, esta análise permitiu observar que embora o pré-natal esteja apresentando um impacto significativo sobre os riscos gestacionais a que estão expostos mãe e filho, durante a internação hospitalar, ambos acabam sendo expostos a riscos maiores, decorrentes da qualidade da assistência recebida.

ABSTRACT: *The main problems occurring in the pre-natal period, during labor, delivery and in the immediate attendance given to the new-born are analysed in the search for risk factors which may interfere in perinatal health. This is a prospective study of a sample of pregnant women and their living and stillborn children, up to the second day of life of these latter. The population consisted of 230 mothers and 232 children. The data were obtained by means of individual interviews with the pregnant women and the collection of the information contained in their later maternal case histories and those of their children. The incidence of maternal pathologies which might imply risk to the fetus during pregnancy as a threat to health was low and did not constitute pregnancy risk. The same may be said with regard to the moment of delivery. The whole period, from internment up to the delivery itself, was characterized by various risks, both of morbidity as of death. Despite the small sample one maternal death was observed and the two main pathologies affecting the new-born were respiratory difficulties and traumas at delivery, consistently greater in Institution 2. The variable low-birth weight as risk associated with the presence of pathologies in the new-born, constituted a lesser risk than that represented by the poor quality of the attendance given to the woman in labor, and demonstrated that both mother and child are exposed to greater risks during the period of internment in hospital.*

KEY WORDS: Attendance, Perinatal Risks, Maternal Health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAIRD, D., THOMSON, A.M. General factors underlying perinatal mortality rates. In: BUTLER, N.R.; ALBERMAN, E.D. *Perinatal problems the second report of the British perinatal mortality survey*. London: E.S. Livingstone, 1969. Cap. 2, p. 16-35.
- BALLARD, W., GOLD, E.M. Medical and health aspects of reproduction in the adolescent. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 21, n.2, p. 338-66, 1971.
- BARROS, F.C., VICTORA, C.G., VAUGHAN, J.P. Causas de mortalidade perinatal em Pelotas, RS (Brasil). Utilização de uma classificação simplificada. *Rev. Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 310-6, 1987.
- BARROSO, C. *Gravidez na adolescência*. Brasília: IPLAN/ IPEA/UNICEF, 1986. (Série instrumentos para a ação nº6)
- BENÍCIO, M.H.D'A., MONTEIRO, C.A., SOUZA, J.M.P. de, CASTILHO, E.A., LAMONICA, I.M. dos R. Análise multivariada de fatores de risco para o baixo peso ao nascer em nascidos vivos do município de São Paulo, SP (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 311-20, 1985.
- BOERSMA, E.R. Atención perinatal em seis países del Caribe Oriental. *Bol. Oficín. Sanit. Panam.*, v. 99, n.2, p. 138-57, 1985.
- BUTLER, N.R., BONHAM, D.G. *Perinatal mortality: the first report of the 1958 British perinatal mortality survey*. Edinburgh: E. & S. Livingstone, 1963.
- CABRERA, R. The influence of maternal age, birth order and socioeconomic status on infant mortality in Chile. *Am. J. Public Health.*, v. 70, n. 2, p. 174-7, 1980.
- CASTRO, A.M. *Saúde da mulher: salvação da vida*. Petrópolis: CEPIL-CDDH, 1990.
- CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO (CLAP). *Saúde Perinatal: artigos selecionados de salud perinatal*. Montevideu, Rosgal, 1968. Cap. 3: Epidemiologia-incidência de baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal na América Latina, p. 3-16.
- CHAMBERLAIN, R. The week. In: CHAMBERLAIN, R. et al. *British births 1970*. London: Willian Heinemann Medical Books, 1975. Cap. 2, p. 9-47.
- CIARI Jr., C.A., SIQUEIRA, A.A.F. de, ARNONI, A., ALMEIDA, P.A. M de, SCHOR, N. "Acreditação" de serviços de pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 187-202, 1974.
- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. *Saúde da mulher: direito a ser conquistado*. [Brasília], 1989. [Documento elaborado para o Dia Internacional da Mulher, 8 de março de 1989 – Brasília].
- DELASCIO, D., GUARIENTO, A. *Obstetria normal Briquet*. 3. ed. São Paulo: Savier, 1981. Cap. 21, Assistência ao parto, p. 343-355.
- DICKSTEIN, J. O papel do pai. In: FONTES, J.A.S. *Perinatologia social*. São Paulo: BYK-Prociencx, 1984. Cap. 6, p. 51-2.
- FIORI, R.M. Mortalidade perinatal no Rio Grande do Sul: estudo colaborativo de 16 maternidades. *J. Pediatr.*, v. 65, n. 3, p. 72-85, 1989.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo: 1980*. São Paulo, 1981.
- GALE, R., SEIDMAN, D.S., DOLLBERG, S., ARMON, Y., STEVENSON, D.K. Is teenage pregnancy a neonatal risk factor? *J. Adolesc. Health Care*, v. 10, n. 5, p. 404-8, 1989.
- GUERTECHIN, T.L. O controle da natalidade: uma questão demográfica e/ou um problema político. In: GUERTECHIN, T.L. et al. *Controle da natalidade X planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Achimé, 1987. Cap. 1, p. 15-30.

- HUGHES, W.F, FUCHS, F. Infecciones que atacan al feto. In: FALKNER, F. *Prevención en la niñez de los problemas de salud de los adultos*. Madrid: Organización Mundial de Saúde, 1981. Cap. 6, p. 103-11.
- LAURENTI, R., BUCHALLA, C.M. 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*, v. 19, n. 3, p. 225-32, 1985.
- LAURENTI, R, BUCHALLA, C.M., LOLIO, C.A., SANTO, A.H., MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. II - mortes por causas maternas. *Rev. Saúde Pública*, v.24, n.6, p. 468-72, 1990.
- LIPPI, U.G., SEGRE, C.A. de M. Gravidez na adolescência: resultados perinatais. In: *Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro*. Brasília: OPAS/OMS, 1988, p. 75-88.
- LUKE, B. Considerações nutricionais da gravidez na adolescência. In: LUKE, R. *Nutrição materna*. São Paulo: Roca, 1981. Cap.11, p.151-161.
- MARTINS, J.S., ALVARENGA, A.T. de, SIQUEIRA, A.A.F. de, SZARFARC, S.C., LIMA, F.D. As Determinações Biológica e social da doença: um estudo da anemia ferropriva. *Rev. Saúde Pública*, v.21, n.2, p.73-89, 1987.
- REEVES, B., ANDERSON, E.R. Perinatal mortality rate at a community hospital: 1956-1975. *Am. J. Obst. Gynecol.*, v. 128, n. 6, p. 677-88, 1977.
- SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. *Diagnóstico de situação perinatal no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira"*. junho de 1986 - maio de 1987. São Paulo, 1990.
- SCHWARCZ, R.L. *Obstetrícia*. 4 ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1988. Cap. 11: Trabalho de parto. p. 312-36.
- SEGRE, C.A. de M. Atendimento ao RN na sala de parto. In: SEGRE, C.A. de M. *RN*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1985. Cap. 4, p. 22-6.
- SIQUEIRA, A.A.F.de, TANAKA, A.C.d'A., SANTANA, R.M., ALMEIDA, P.A.M.de Mortalidade materna no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 448-65, 1984.
- SIQUEIRA, A.A.F. de, TANAKA, A.C.d'A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. *Rev. Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 274-9, 1986.
- SIQUEIRA, A.A.F. de, TANAKA, A.C.d'A., MORON, A.F., ALVARENGA, A.T., UNGLERT, C.V.S., SCHÖR, N., SANTOS, J.L.F. dos. *Estudos da mortalidade materna na região sul do município de São Paulo-Brasil: análise preliminar*. São Paulo, F.S.P. 1991 (Série Investigação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescência,1).
- TANAKA, A.C.d'A. Saúde materna e perinatal: relações entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais. São Paulo, 1986. 161p. Tese (Doutoramento) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- TANAKA, A.C.d'A., SIQUEIRA, A.A.F.de, BAFILE, P.N. Situação de saúde materna e perinatal no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.23, n.1, p.67-75, 1989.
- UM milhão de adolescentes dão à luz por ano no Brasil. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 8 mar.1991. p.1.
- UNGLERT, C.V. de S., ROSENBERG, C.P., JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 439-46, 1987.
- WORTHINGTON-ROBERTS, B.S., REES, J.M. Necessidades nutricionais da adolescente grávida. In: WORTHINGTON-ROBERTS, B.S., VERMEERSCH, J., WILLIAMS, S.R. *Nutrição na gravidez e na lactação*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. Cap.6, p.165-86.