

## AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO BINÔMIO MÃE-FILHO, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL<sup>1</sup>

### EPIDEMIOLOGIC EVALUATION OF PARTURIENTS AND THEIR NEWBORNS IN A MATERNAL AND CHILD REFERENCE HOSPITAL

Mariane Cordeiro Alves FRANCO<sup>2</sup> e Tatiana Maria Machado MOUTINHO<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliação epidemiológica do binômio mãe-filho em hospital de referência maternoinfantil do Estado do Pará, entre março e abril de 2013. **Método:** foram entrevistadas 495 parturientes e incluídos 520 recém-nascidos (RN), os quais foram atendidos no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), entre 14 de março a 12 de abril de 2013, sendo excluídas aquelas que se recusaram a responder ao protocolo de pesquisa, bem como as que não tiveram condições físicas e psicológicas de respondê-lo, além daquelas que evoluíram com óbito fetal. **Resultados:** foi constatado que 66,26% das parturientes apresentaram escolaridade inferior ao ensino médio; 78,07% possuíam atividade não remunerada ou nenhuma ocupação; 53,94% tinham renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e 53,94% eram procedentes do interior do Estado. **Conclusão:** o perfil epidemiológico das parturientes e de seus RN em hospital de referência materno-infantil do Pará foi constituído, em sua maioria, por parturientes com baixa escolaridade, ocupações não remuneradas adequadamente, mães jovens com idade entre 18 e 24 anos, com maior procedência de municípios do interior do Estado, que buscaram atendimento na FSCMPA por ser um hospital citado como excelente referência materno-infantil; com, no mínimo, três consultas no pré-natal, cujo início foi no primeiro trimestre de gestação, sem história de uso de drogas na gravidez; os RN foram, principalmente, a termo, com peso adequado, sem necessidade de reanimação neonatal na sala de parto, sem anomalias congênitas, com APGAR  $\geq 7$  nos 1º e 5º minutos de vida, tendo como principal destino o Alojamento Conjunto do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará.

**DESCRITORES:** perfil de saúde, recém-nascido, gestantes, tocologia.

#### INTRODUÇÃO

No Brasil, as causas perinatais se constituem, atualmente, como as principais causas de mortalidade no primeiro ano de vida<sup>1</sup>. Sendo 42,8% dos óbitos neonatais redutíveis por boa atenção ao parto e por diagnóstico e tratamento precoce dos agravos<sup>2</sup>.

Para que as taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil sejam reduzidas, devem-se adotar meios que garantam a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade

da assistência ao parto e do puerpério, do acompanhamento pré-natal e assistência neonatal<sup>3</sup>.

Assim, os serviços de saúde deveriam identificar os grupos de maior risco, enquanto medida coletiva, a fim de controlar ou eliminar os fatores de risco, com o objetivo de promover a redução desses agravos<sup>4</sup>.

Além disso, o conhecimento sobre as características dos nascimentos em um determinado local e período é extremamente necessário, para possibilitar a elaboração de

<sup>1</sup> T1 Trabalho realizado na Maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará- FSCMPA. Belém, Pará, Brasil

<sup>2</sup> Professora Mestra assistente da Disciplina de Pediatria II do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará- UEPA. Belém, Pará, Brasil

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará- UEPA. Belém, Pará, Brasil

indicadores demográficos e epidemiológicos que possam representar a realidade da comunidade para o planejamento e a implementação de estratégias efetivas de melhorias das condições de saúde<sup>5</sup>.

O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil epidemiológico do binômio mãe-filho em hospital de referência materno-infantil do Estado do Pará, entre março e abril de 2013.

## MÉTODO

O trabalho foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética e pela gerência de pesquisa da FSCMPA e pelas pacientes entrevistadas, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

É um estudo transversal analítico, sendo inclusas todas as parturientes internadas na maternidade e seus respectivos recém-nascidos no período pesquisado. Foram excluídas todas as que se recusaram a responder ao protocolo de pesquisa, bem como aquelas que não tiveram condições físicas e psicológicas de respondê-lo. Também, foram excluídas as parturientes que evoluíram a óbito fetal, bem como um nascido vivo que foi a óbito e, por isso, não possuía prontuário preenchido corretamente. Assim sendo, a casuística utilizada no trabalho foi de 495 parturientes e de 520 recém-nascidos (RN).

Para a realização da pesquisa, foram aplicadas entrevistas em todas as parturientes internadas na maternidade da FSCMPA, no período entre 14 de março a 12 de abril de 2013.

Os dados foram coletados por meio dos prontuários dos RN e através de protocolos de entrevistas próprias, os quais foram confidenciais e aplicados sem identificação pessoal, realizados no ambiente da Maternidade da FSCMPA. Foi realizado teste piloto para corrigir possíveis problemas nos protocolos aplicados, individualmente, sob a forma de entrevista, após breve explicação quanto aos objetivos do trabalho e depositados em urnas lacradas, para posterior análise dos dados, de modo a manter o sigilo das informações. As participantes da pesquisa responderam ao questionário após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, as entrevistadas puderam se recusar a responder as perguntas, visto que a participação na pesquisa não é obrigatória.

Dentre as variáveis pesquisadas, houve perguntas referentes às características sociais, culturais, profissionais e de cuidados com a saúde e com a gravidez das participantes, sendo também coletadas informações sobre seus RN.

Foram utilizadas referências para classificações, tanto das parturientes quanto dos RN. Em relação à classificação dos RN quanto ao peso de nascimento, considerou-se: peso normal entre 2500g e 3999g; baixo peso < 2500g; muito baixo peso < 1500g, extremo baixo peso < 1000g<sup>6</sup>. Quanto à idade gestacional, definiu-se: pré-termo até 36 semanas e 6 dias; a termo, de 37 semanas a 41 semanas e 6 dias; pós-termo, de 42 semanas em diante<sup>7</sup>. As parturientes foram classificadas em: primigestas, sendo aquelas que estavam na sua primeira gestação e multigestas, como as que já haviam tido pelo menos uma gestação anterior à atual no momento da pesquisa<sup>8</sup>. O período gestacional foi dividido em três trimestres, sendo o primeiro considerado até 12 semanas e 6 dias, o segundo, entre 13 semanas e 24 semanas e 6 dias e o terceiro, a partir de 25 semanas<sup>9</sup>.

Foram utilizados os Softwares Excel 2007, para a confecção de gráficos e tabelas, e BIOESTAT 5.0, para a análise estatística, sendo utilizados os testes G e Qui-quadrado e informados os valores percentuais dos dados analisados. Adotou-se um nível  $\alpha = 0,05$  (5%) para a verificação da significância.

## RESULTADOS

**TABELA I** - História pré-natal das parturientes entrevistadas, em hospital de referência materno-infantil do Pará, período entre 14 de março e 12 de abril de 2013.

História pré-natal	Quantidade	%
<b>Início pré-natal**</b>		
1º trimestre de gestação*	296	64,21
2º trimestre de gestação	148	32,10
3º trimestre de gestação	17	3,69
<b>Número de consultas médicas do pré-natal**</b>		
< 3	114	24,73
≥ 3*	347	75,27
<b>Uso de drogas durante a gestação</b>		
Somente drogas lícitas	27	5,45
Somente drogas ilícitas	3	0,61
Lícitas + ilícitas	5	1,01
Nenhum de tipo de droga*	460	92,93
<b>Motivo da procura pela FSCMPA</b>		
Referência materno-infantil	359	72,53

Não fez pré-natal	2	0,40
Indicação de vizinhos ou amigos	31	6,26
Fez pré-natal na FSCMPA (alto risco)	22	4,44
Escolha própria	81	16,36
<b>Total</b>	<b>495</b>	<b>100</b>

FONTE: Protocolo de pesquisa

(\*) p < 0,0001 (Teste Qui-quadrado)

(\*\*) A somatória destes tópicos foi de 461 porque este foi o total de pacientes que fez pré-natal

FSCMPA: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

**TABELA II-** Características socioeconômicas das parturientes entrevistadas, em hospital de referência materno-infantil do Pará, período entre 14 de março e 12 de abril de 2013

Características socioeconômicas	Quantidade	%
<b>Nível de escolaridade</b>		
Fundamental incompleto*	183	36,97
Fundamental completo	41	8,28
Médio incompleto	104	21,01
Médio completo	138	27,88
Superior incompleto	13	2,63
Superior completo	14	2,83
Não alfabetizada	2	0,40
<b>Ocupação**</b>		
Funcionária pública	13	2,62
Funcionária privada	53	10,66
Autônoma	43	8,65
Dona de casa*	215	43,26
Estudante	96	19,32

Não possui	77	15,49
Aposentada	0	0

**Renda familiar (salários mínimos)**

< 1	70	14,14
[ 1-2 ]*	267	53,94
] 2-3 ]	64	12,93
] 3-4 ]	23	4,65
> 4	15	3,03
Não soube informar	56	11,31

**Idade (anos)**

< 18	91	18,38
18 a 24*	214	43,23
25 a 34	151	30,51
≥ 35	39	7,88

**Número de gestações**

Primigesta	224	45,25
Multigesta*	271	54,75

**Município de procedência**

Belém*	228	46,06
Ananindeua	45	9,09
Moju	16	3,23
Castanhal	15	3,03
Abaetetuba	14	2,83
Marituba	11	2,22
Outros	166	33,54

<b>Total</b>	<b>495</b>	<b>100</b>
--------------	------------	------------

FONTE: Protocolo de pesquisa

(\*) p < 0,05 (Teste Qui-quadrado)

(\*\*) A somatória deste tópico foi de 497 porque duas entrevistadas escolheram mais de uma opção de ocupação

**TABELA III -** Relação entre o estado civil das parturientes entrevistadas e o planejamento de suas gestações, em hospital de referência materno-infantil do Pará, período entre 14 de março e 12 de abril de 2013.

Estado civil	Sim		Gravidez planejada		Total	%
	Sim	%	Não*	%		
Solteira	16	3,23	96	19,39	112	22,62
União estável*	130	26,26	186	37,58	316	63,84
Casada	36	7,27	29	5,86	65	13,13
Separada	0	0,00	1	0,20	1	0,20
Viúva	0	0,00	1	0,20	1	0,20
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>36,77</b>	<b>313</b>	<b>63,23</b>	<b>495</b>	<b>100</b>

FONTE: Protocolo de pesquisa

(\*)  $p < 0,0001$  (Teste G)

**TABELA IV-** Relação entre a classificação dos recém-nascidos quanto à idade gestacional e seu tipo de parto e a relação entre a classificação dos recém-nascidos quanto à idade gestacional e sua necessidade de reanimação neonatal, em hospital de referência materno-infantil do Pará, no período entre 14 de março e 12 de abril de 2013

Classificação dos recém-nascidos (idade gestacional)	Tipo de parto				Necessidade de reanimação neonatal				Total
	Normal	%	Cesárea*	%	Sim	%	Não*	%	
Pré-termo	53	10,21	113	21,77	48	9,25	89	17,15	
A termo*	149	28,71	197	37,96	38	7,32	337	64,93	
Pós-termo	1	0,19	6	1,16	1	0,19	6	1,16	
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>39,11</b>	<b>316</b>	<b>60,89</b>	<b>87</b>	<b>16,76</b>	<b>432</b>	<b>83,24</b>	<b>519**</b>

FONTE: Protocolo de pesquisa

(\*)  $p < 0,05$  (Teste G)

(\*\*) Este é o total porque um recém-nascido não teve a idade gestacional informada no prontuário

**TABELA V-** Relação entre o tipo de parto dos recém-nascidos e sua necessidade de reanimação neonatal na sala de parto, em hospital de referência materno-infantil do Pará, período entre 14 de março e 12 de abril de 2013.

Tipo de parto	Necessidade de reanimação neonatal na sala de parto					
	Sim	%	Não*	%	Total	%
Normal	24	4,62	179	34,42	203	39,04
Cesárea*	64	12,31	253	48,65	317	60,96
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>16,93</b>	<b>432</b>	<b>83,07</b>	<b>520</b>	<b>100</b>

FONTE: Protocolo de pesquisa

(\*)  $p = 0,0181$  (Teste G)

**TABELA VI-** Informações sobre os recém-nascidos participantes da pesquisa, em hospital de referência materno-infantil do Pará, período entre 14 de março e 12 de abril de 2013.

Informações sobre os recém-nascidos	Quantidade	%
<b>APGAR no 5º minuto</b>		
< 7	12	2,31
≥ 7*	507	97,50
Não informado	1	0,19
<b>Presença de anomalia congênita</b>		
Sim	27	5,19
Não*	493	94,81
<b>Local de destino na FSCMPA</b>		
ALCON*	397	76,35
Berçário	95	18,27
UTI neonatal	28	5,38
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>100</b>

FONTE: Protocolo de pesquisa

(\*)  $p < 0,0001$  (Teste Qui-quadrado)

FSCMPA: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; ALCON: Alojamento Conjunto; UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## DISCUSSÃO

Dentre as características das parturientes entrevistadas, foi pesquisado o nível de escolaridade. Há de se destacar que, melhores condições educacionais favorecem ao melhor entendimento do processo fisiológico do trabalho de parto e, conseqüentemente, maior preparo para enfrentar esta fase<sup>10</sup>. Entretanto, evidenciou-se que a maioria das entrevistadas tinha escolaridade inferior ao ensino médio completo (TABELA II), o que exige que seja destinada a estas parturientes uma maior atenção da equipe de saúde da FSCMPA. Somado a isso, confirmou-se que os RN de mães sem instrução ou com menos anos de estudo apresentaram o risco de morte neonatal precoce mais elevado<sup>11</sup>.

No que diz respeito à ocupação, apenas uma pequena parcela exercia atividade remunerada, enquanto a maior parte possuía atividade não remunerada ou nenhuma ocupação (TABELA II). Em pesquisa semelhante, observou-se que 33,5% das parturientes tinham ocupação remunerada, confirmando que a pouca opção socioeconômica era conseqüente à baixa escolaridade<sup>5</sup>. É importante salientar que a exposição aos riscos ocupacionais, como esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse, consiste em um importante fator de risco gestacional<sup>12</sup>.

Neste estudo, foi observado que a maioria das pacientes apresentava renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (TABELA II), considerando-se que, no período da realização da coleta de dados deste trabalho, o salário mínimo equivalia a R\$ 678,00. Isso implicou em maior quantidade de adolescentes gestantes, pois a presença dessas jovens aumenta quanto menor for a renda familiar<sup>13</sup>. A renda também está fortemente ligada à depressão pós-parto, pois é influenciada por dificuldades impostas pela pobreza<sup>14</sup>. Além disso, é sugerido que as influências econômicas têm papel relevante na ocorrência de baixo peso ao nascimento<sup>15</sup>.

Com relação à idade materna, mostrou-se que a maior parte das parturientes entrevistadas estava entre 18 e 24 anos, enquanto 30,51% se situavam na faixa etária entre 25 e 34 anos, 18,38% são menores de idade e 7,88% com mais de 35 anos (TABELA II). A gravidez na adolescência é uma das variáveis reprodutivas associadas à maior morbidade e mortalidade materno-infantil<sup>1</sup>. Dessa forma, essa faixa etária merece especial atenção da equipe de saúde da FSCMPA.

Nesta pesquisa, houve predominância de multigestas em relação às primigestas (TABELA II). O que deve ser motivo de alerta, porque, em estudo com adolescentes

grávidas, verificou-se que os filhos das multigestas apresentavam o dobro da chance de morrer no período perinatal em relação aos filhos de adolescentes primigestas<sup>8</sup>.

É importante ainda discursar acerca da consulta pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o número total de consultas no pré-natal de pacientes com gestação de baixo risco deve ser de, no mínimo 6, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro<sup>16</sup>. Dessa maneira, 24,73% das parturientes entrevistadas, certamente, não tiveram pré-natal dentro dos padrões recomendados pelo MS (TABELA I), ressaltando-se que as pacientes dessa pesquisa não foram divididas entre gestantes de baixo e alto risco, o que pode mascarar a taxa exata de grávidas que não tiveram o número adequado de consultas. É importante reforçar que o acompanhamento pré-natal é uma ferramenta usada para diminuir os riscos maternos e fetais, tendo repercussão direta na mortalidade neonatal<sup>17</sup>.

Ainda sobre esse problema, observou-se que, a maioria das entrevistadas começou o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, porém, parte considerável delas teve sua primeira consulta nos segundo e terceiro trimestres (TABELA I). Segundo o MS<sup>16</sup>, o calendário do pré-natal deve ser iniciado precocemente, ainda no primeiro trimestre de gestação. Além disso, foi verificado que as pacientes de idade avançada e adultas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação em maior proporção que as adolescentes<sup>18</sup>.

Em relação ao uso de drogas, a grande maioria negou a utilização de qualquer tipo, enquanto 5,45% fez uso somente de drogas ilícitas (TABELA I). Sabe-se que a maior quantidade de álcool consumido pelas mães associa-se com baixo peso de nascimento, perímetro cefálico e comprimento dos RN, sendo que o consumo de álcool durante a gravidez sofreu influência dos seguintes fatores: gravidez não planejada; não coabitação com o companheiro; uso de outras drogas lícitas e ilícitas; e a coabitação com outros consumidores de álcool<sup>19</sup>.

Quando questionadas sobre o motivo da procura pela FSCMPA, a grande maioria respondeu que foi devido ser um hospital de referência materno-infantil, (TABELA I). É de grande valia ressaltar que é necessária uma articulação de estratégias municipais que objetivem a atenção hospitalar às parturientes, especialmente em relação ao processo da referência e contra-referência, com vistas a facilitar a atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, pois se a importância da vinculação entre a rede básica e a atenção hospitalar no momento do trabalho de parto for ignorada, isto pode impactar na ocorrência de complicações maternas e fetais graves<sup>20</sup>.

Neste estudo, houve predomínio de parturientes cujo município de procedência não era a capital do Estado, onde está localizada a FSMPA (TABELA II). Sugere-se que com a melhor oferta e distribuição equânime de leitos obstétricos e neonatais, poderia ser reduzida a ocorrência de complicações perinatais com melhores resultados para a mulher no ciclo gravídico e puerperal e seu RN<sup>20</sup>.

Ainda dentro das características maternas estudadas, realizou-se a associação entre estado civil e planejamento da gravidez, observando-se que, entre as mães solteiras, a taxa de falta de planejamento da gravidez é maior em relação as casadas ou em união estável (TABELA III). Ficou comprovado que o planejamento da gravidez associou-se a um consumo, significativamente, menor de álcool no período pré-conceptual e durante a gestação em outra pesquisa<sup>19</sup>.

Apesar da grande maioria dos RN estudados não apresentar anomalia congênita, esta foi encontrada em 5,19% do total de RN (TABELA VI), parcela que não deve ser ignorada, pois a presença de anomalias congênitas se mostra associada à mortalidade neonatal<sup>21</sup>.

Quando realizada a relação entre o tipo de parto e a idade gestacional do RN, demonstrou-se que a taxa de partos cesáreos foi maior em prematuros do que em RN a termo (TABELA IV). A explicação para tal achado pode estar no agendamento eletivo dos partos, o que poderia causar comprometimento fetal provocado pela diminuição do tempo de gestação nas cesareanas<sup>22</sup>.

Neste trabalho, também foi pesquisada a relação entre a idade gestacional dos RN e sua necessidade de reanimação neonatal, na qual se observou que, entre RN prematuros, a proporção daqueles que precisaram de reanimação neonatal foi maior que nos RN a termo (TABELA IV). Esse achado foi confirmado pelo MS<sup>23</sup>, afirmando que o risco de haver necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional.

Realizada, também, a associação entre o tipo de parto e a necessidade de reanimação neonatal, onde se percebeu que o uso de técnicas de reanimação foi maior em RN de parto cesáreo (TABELA V). O parto cirúrgico, realizado entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo quando não há fatores de risco antenatais para asfixia, também eleva o risco de necessidade de ventilação do RN<sup>24</sup>. Tal fato pode ser explicado em virtude dos bebês que nascem antes do início do trabalho de parto não se beneficiam dos hormônios adrenérgicos esteroides liberados durante o parto, que aumentam a produção e a liberação de surfactante<sup>25</sup>.

Sobre o uso de técnicas de reanimação neonatal, notou-se que a maior parte dos RN não precisou de nenhum

tipo, entretanto, 8,08% necessitaram somente de Ventilação com Pressão Positiva (VPP), 2,69% somente de Intubação Orotraqueal (IOT), 4,42% de VPP associada à IOT, 1,15% de VPP juntamente com IOT e drogas e, finalmente, 0,58% de VPP com massagem cardíaca. Apesar da maioria dos RN nascer com boa vitalidade, manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal por todos os profissionais que atendem RN em sala de parto, mesmo quando se esperam crianças híginas sem hipóxia ou asfixia ao nascer<sup>23</sup>.

Quando analisado o boletim de Apgar, a maioria dos RN estudados nesta pesquisa apresentou índices iguais ou maiores que 7, tanto no 1º quanto no 5º minutos (TABELA VI). Este índice se apresenta como um bom indicador de vitalidade a longo prazo, além de ser considerado importante preditor da avaliação do bem-estar e do prognóstico inicial do recém-nascido<sup>26</sup>. Em outra pesquisa, observa-se que os RN que apresentaram Apgar menor de 7 no quinto minuto de vida, apresentaram um risco 5,33 vezes maior de falecerem do que os com Apgar maior de 7 e, embora esse índice não seja o parâmetro adequado para reanimação em sala de parto, sabe-se que RN com Apgar baixo ao nascimento apresenta maior dificuldade de adaptação extrauterina, enfatizando a necessidade de atendimento por profissional capacitado na sala de parto para minimizar as sequelas decorrentes do sofrimento fetal agudo<sup>17</sup>.

Quanto ao local da FSMPA para o qual os RN foram destinados, o principal deles foi o Alojamento Conjunto (ALCON). Entretanto, parcela considerável dos RN foi alocada também no berçário e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal (TABELA VI). Este fato não pode ser desprezado, pois os serviços que conservam rotinas nas quais os bebês ficam longe de suas mães, trazem junto com a separação, a ausência da condição educativa, sendo impossível ensinar a mãe a cuidar de seu filho e amamentá-lo exclusivamente ao seio, sem que o mesmo esteja ao seu lado 24h por dia<sup>27</sup>.

Também se evidenciou que a maior proporção de RN pré-termo são provenientes de gestações múltiplas, se comparado à taxa de pré-termos encontrada nas gestações únicas. Dado semelhante foi encontrado em um estudo o qual afirma que a gravidez múltipla eleva os riscos de complicações no período gestacional, especialmente para hipertensão arterial e para parto cesáreo, sendo que a fragilidade dos RN prematuros contribui para a possibilidade eminente de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos com diferentes consequências e interveniências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil, o que

torna importante a previsão e a consideração dos riscos e prognósticos, a fim de que se possa instaurar e promover medidas preventivas<sup>28</sup>.

Os esforços precisam estar concentrados na prevenção da prematuridade, na prestação de serviço qualificado para as gestantes de risco e seus RN prematuros e/ou de baixo peso ao nascer, na utilização de equipamento adequado e pessoal capacitado para atender esta população de prematuros que necessita de atendimento rápido e especializado, pois reduzindo o nascimento de prematuros e de baixo peso, haverá influência positiva decisiva na mortalidade neonatal<sup>17</sup>.

A partir disso, também foi realizada a relação entre o peso de nascimento e a idade gestacional dos RN. Verificou-se que a maioria dos prematuros tem baixo peso, enquanto a maior parte dos RN a termo possui peso normal ao nascimento. Em outro estudo, observou-se que as probabilidades de um bebê prematuro apresentar baixo peso foram, aproximadamente, 14 vezes maiores que as de um RN a termo<sup>29</sup>. Fato evidenciado pelo estudo de Salge et al<sup>30</sup>, afirmando que a prematuridade está muitas vezes associada ao baixo peso, acentuando ainda mais os riscos de morbidade e mortalidade infantil.

Com relação ao peso de nascimento, apesar da maior parte dos RN estudados apresentarem peso normal, boa parte do total de RN apresenta baixo peso, o que não pode ser ignorado, por ser encontrado, em outro estudo, que

a maioria dos nascidos vivos que foram a óbito na primeira semana de vida apresentava baixo peso ao nascimento<sup>11</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante dos dados encontrados nesta pesquisa, conclui-se que o perfil epidemiológico do binômio mãe-filho em hospital de referência materno-infantil do Pará, foi constituído, em sua maioria, por: parturientes com baixa escolaridade, possuindo ocupações não remuneradas, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, idade entre 18 e 24 anos, viviam em união civil estável, com gravidez não planejada, multigestas, com maior procedência de municípios do interior do Estado, que buscaram atendimento na FSCMPA por ser um hospital de referência maternoinfantil; com, pelo menos, três consultas no pré-natal, cujo início foi no primeiro trimestre de gestação, sem história de uso de drogas lícitas ou ilícitas durante a gestação. Os RN foram a termo, com peso normal, provenientes de gestações únicas, sem necessidade de reanimação neonatal na sala de parto, sem anomalias congênitas, tendo como principal destino na FSCMPA o ALCON, com Apgar  $\geq 7$  tanto no 1º quanto no 5º minutos de vida.

É importante enfatizar a relevância de outros dados que, apesar de não serem predominantes dentro do perfil elaborado, são de extrema importância e têm alta influência sobre a morbidade e a mortalidade maternoinfantil.

## SUMMARY

### EPIDEMIOLOGIC EVALUATION OF PARTURIENTS AND THEIR NEWBORNS IN A MATERNAL AND CHILD REFERENCE HOSPITAL OF PARÁ

Mariane Cordeiro Alves FRANCO e Tatiana Maria Machado MOUTINHO

**Objective:** evaluation of the parturients and their newborns epidemiologic profile, in a maternal and child reference hospital of Pará, between march and april in 2013. **Methods:** this study was done with 495 parturients and 520 newborns that received care in the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), between march 14<sup>th</sup> and april 12<sup>th</sup> in 2013, being excluded the mothers that refused to answer the questions or that did not have psychological and physical condition to do it and those who had fetal death. **Results:** it was found that 78,07% did not have any occupation or had a unpaid activity, 53,94% had family income between 1 and 2 minimum wages, 53,94% were not from Belém. **Conclusion:** the profile of the parturients and their newborn that received care in FSCMPA were, mostly, mothers with low level of schooling, with unpaid activities, that were between 18 and 24 years old, were not from Belém and had, at least, 3 medical visits at prenatal, without drug abuse during the pregnancy; and newborns with normal weight, without congenital anomalies, that did not need neonatal resuscitation, with APGAR  $\geq 7$  in the first and fifth minutes.

**KEYWORDS:** health profile, newborn, pregnant woman, midwifery.

## REFERÊNCIAS

1. Victora, CG; Barros, FC. Infant Mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo med. j.* 2001; 119(1):33-42
2. Gomes, JO; Santo, AH. Mortalidade infantil em município da região Centro-Oeste Paulista, Brasil, 1990 a 1992. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31(4):330-41
3. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Editora MS. 2006; 1:1-163.
4. Rossetto, EG; Pizzo, LGP. Avaliação do programa de vigilância do recém-nascido de londrina – Paraná. *Ciênc. cuid. saúde.* 2007; 6(2):148-56
5. Silva, GF; Pelloso, SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(1):95-102
6. World Health Organization. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Genebra. 2011; 1-51.
7. Lopez, FA; Júnior, DC. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª ed. Barueri (SP): Manole Ltda.; 2010
8. Viellas, EF; Gama, SGN; Filha, MMT; Leal, MC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2012; 15(3):443-54
9. Ribas, SI; Guirro, ECO. Análise da pressão plantar e do equilíbrio postural em diferentes fases da gestação. *Rev. bras. fisioter.* 2007; 11(5):391-6
10. Gallo, RBS; Santana, LS; Marcolin, AC; Ferreira, CHJ; Quintana, SM. Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas. *Rev. dor .* 2012; 13(1):30-4
11. Soares, ES; Menezes, GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol. serv. saúde.* 2010; 19(1):51-60
12. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Editora MS. 2012; 1:1-302
13. Gonçalves, CV; Cesar, JÁ; Mendoza-Sassi, RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(11):2507-16
14. Moraes, IGS; Pinheiro, RT; Silva, RA; Hortac, BL; Sousa, PLR; Faria, AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *rev saúde pública.* 2006; 40(1):65-70
15. Dias, LCGD; Souza, N. Fatores de risco gestacionais e peso ao nascer. *Rev. Ciênc. Ext.* 2007; 3(2):56-64
16. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Editora MS. 2012; 1:1-318.
17. Granzotto, JÁ; Fonseca, SS; Lindemann, FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. *Rev. AMRIGS.* 2012; 56(1):57-62
18. 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
19. Mesquita, MA; Segre, CAM. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2009; 19(1):63-77
20. Santos, LM; Paiva, MS; Nunes, IM; Melo, CMM. Referência de parturientes para a atenção hospitalar: um estudo argumentativo. In: *Anais do 7º Congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal e do 1º Congresso internacional de enfermagem obstétrica e neonatal*; 2011 jul 6-8; Belo Horizonte (MG). Minas Gerais: Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; 2011. p. 5592-609
21. Zanini, RR; Moraes, AB; Giugliani, ERJ; Riboldi, J. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(1):79-89
22. Cardoso, PO; Alberti, LR; Petroianu, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(2):427-35
23. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Editora MS. 2011; 1:1-192
24. Almeida, MFB; Guinsburg, R; Martinez, FE; Procianoy, RS; Leone, CR; Marba, STM et al. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. *Arch. Pediatr. Urug.* 2010; 82(2):112-20

25. Cloterty, JP. Manual de Neonatologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005
26. Gravena, AAF; Paula, MG; Marcon, SS; Carvalho, MDB; Pelloso, SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta Paul Enferm. 2013; 26(2):130-5
27. Almeida, EA; Martins Filho, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. Rev. Ciênc. Méd. 2004; 13(4):381-8
28. Ramos, HAC; Cuman, RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(2):297-304
29. Barbas, DS; Costa, AJL; Luiz,RR; Kale, PL. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. Epidemiol. Serv. Saúde 2009; 18(2):161-70
30. Salge, AKM; Correa, RRM; Siqueira, KM; Guimarães, JV; Vieira, AVC; Aguiar, AKA et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev. eletr. enf. 2009; 11(3):642-6

#### **Endereço para Correspondência**

Mariane Cordeiro Alves Franco  
Tv. Mariz e Barros 943, Apto 704. Pedreira  
Belém – PA. CEP: 66080-007  
Telefone: (091) 9983-1043  
E-mail: marianefranco21@gmail.com

Recebido em 05.08.2013 – Aprovado em 29.08.2013