

ESTABELECENDO PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO EXTREMO SUL DO BRASIL¹

JURACI A. CESAR^{*}
RAÚL A. MENDOZA-SASSI^{**}
PATRÍCIA S. MANO^{***}
JOEL A. OLIVEIRA-FILHO^{****}

RESUMO

Objetivos: Conhecer as condições de assistência à gestação e ao parto no município do Rio Grande/RS e estabelecer prioridades de intervenção. Métodos: Entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2007 aplicou-se um questionário padronizado buscando informações sobre as características demográficas maternas, socioeconômicas da família e de assistência à gestação e ao parto para recém-nascidos de mães residentes no município. Resultados: Dentre os 2.557 nascimentos ocorridos, 98,5% nasceram vivos; 20% eram filhos de adolescentes; 72% realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal; 74% iniciaram as consultas no primeiro trimestre de gravidez; ao menos 90% realizaram todos os exames laboratoriais básicos, mas, pouco mais da metade realizou exame ginecológico e citopatológico de colo uterino; 52% dos partos foram por cesariana; 93% das crianças foram atendidas pelo pediatra, ainda na sala de parto; 79% dos partos foram através do SUS; 9% nasceram com baixo peso e 16% eram prematuros (<37 semanas). Conclusões: A cobertura do pré-natal mostrou-se elevada, mas pode ainda ser melhorada. A realização de exames clínicos básicos como citopatológico de colo uterino ficou muito aquém do desejado. Há necessidade de melhorar a assistência pré-natal e ao parto no município.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil, Assistência Pré-Natal, Gestação, Exames Laboratoriais, Exames Clínicos, Perinatal.

¹ Estudo financiado pela FAPERGS/PPSUS (Processo 0700090), com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande e da Pastoral da Criança.

^{*} Divisão de População & Saúde, Universidade Federal do Rio Grande e Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, RS;

^{**} Divisão de População & Saúde e Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, RS;

^{***} Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, RS;

^{****} Bolsista de Iniciação Científica, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ABSTRACT
**ESTABLISHING PRIORITIES FOR INTERVENTION IN MATERNAL AND CHILD HEALTH
IN SOUTHERN BRAZIL**

Objective: To assess health care received by pregnant women during antenatal period and delivery in the municipality of Rio Grande, RS, Southern Brazil, and to establish priority of intervention. Methods: In 2007, standardized questionnaire was applied to all mothers from the municipality about their demographic characteristics, socioeconomic level of their families and kind of care received during antenatal period and delivery. Results: Among 2.557 children studied, 98,5% were born alive, 20% of their mothers were teenagers, 72% of them performed at least six medical consultation in the period and 74% started antenatal care in the first trimester of pregnancy; 90% accomplished all basic lab tests, however only half of them performed gynecologic exams and pap smears; 52% of all infants were attended by a pediatrician during delivery, 79% of them were born using public health sector, 9% were born with low birth weight and 16% were premature (<37 weeks). Conclusions: Prenatal coverage was high, but needs to be increased; a clinical examination such as Pap smear was lower than level expected. Health care during pregnancy and delivery should be improved in the municipality.

Keywords: Maternal and child health, Antenatal care, Pregnancy, Lab tests, Clinical Examination, Perinatal.

INTRODUÇÃO

A assistência à gestação e ao parto envolve um dos períodos de maior morbimortalidade materno-infantil. Estima-se que um quarto dos óbitos infantis e a quase totalidade das mortes maternas poderia ser evitada se todas as mães realizassem pelo menos seis consultas de pré-natal, todos os exames laboratoriais básicos e recebessem atendimento adequado no momento do parto¹. Em vista disso, diversos programas têm sido implementados, sobretudo pelo governo federal, visando proporcionar às gestantes a realização do pré-natal adequado em termos quantitativos e apropriado, em termos qualitativos².

Em nível municipal, há vários estudos avaliando sistemas e programas de saúde. Isto tem ocorrido

em localidades de diferentes tamanhos, como por exemplo, na cidade de São Paulo, em 1984/85 e em Pelotas/RS, em 1995/96³, através das coortes de nascimento realizadas em 1982, 1993 e 2004⁴. Nesses locais, as avaliações permitiram conhecer indicadores de assistência pré e perinatal e auxiliaram na definição de prioridades de intervenção, o que acabou, posteriormente, contribuindo para expressivas melhorias em diversos indicadores de saúde materno-infantil nestas cidades.

O Rio Grande do Sul é um dos Estados brasileiros que apresenta os melhores indicadores de saúde materno-infantil. A mortalidade infantil é de aproximadamente 13/1000, enquanto a mortalidade materna é de 65/100.000; praticamente todos

os partos ocorrem em ambiente hospitalar e pelo menos três quartos das gaúchas realizam seis ou mais consultas pré-natal e todos os exames laboratoriais básicos⁵. Estes indicadores, no entanto, escondem importantes desigualdades regionais. A chamada metade Sul do Estado, caracterizada pela monocultura do arroz, pecuária extensiva, reflorestamento e parque industrial pouco desenvolvido, dentre outras deficiências, apresenta os piores indicadores de saúde materno-infantil do

METODOLOGIA

O município do Rio Grande dista aproximadamente 300 km ao sul de Porto Alegre e possui 200 mil habitantes vivendo, na sua quase totalidade, na cidade e na praia do Cassino, os seus dois maiores aglomerados urbanos. O produto interno bruto (PIB) *per capita/ano* do município alcançava R\$ 19,7 mil; em 2007, dentre os 453 municípios do Estado ocupava a 29ª posição no quesito desenvolvimento e o seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,793. O coeficiente de mortalidade infantil era 16/1000; a rede primária de atenção à saúde possuía 32 unidades básicas. Havia ainda dois hospitais gerais e cinco ambulatorios destinados ao atendimento de especialidades médicas. (<http://www.fee.rs.gov.br>, acessado em 02 fev. 2010).

Fizeram parte deste estudo todos os nascimentos ocorridos entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2007 nas maternidades da Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia do Rio

Estado. (<http://www.fee.rs.gov.br>, acessado em 02 fev. 2010). Em vista disso, a assistência à gestação e ao parto, um dos principais motivos de busca pelos serviços de saúde é sempre motivo de preocupação.

O presente estudo teve por objetivos conhecer os indicadores de saúde materno-infantil em Rio Grande/RS, em 2007 e estabelecer prioridades de intervenção, visando reduzir a morbimortalidade materno-infantil no município.

Grande e do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG), as duas únicas do município. Foram incluídos somente recém-nascidos com peso igual ou superior a 500 gramas ou 20 semanas ou mais de idade gestacional, cujas mães residiam no município. Utilizou-se delineamento transversal (seccional ou de prevalência)⁶ caracterizado por uma única abordagem à mãe, em um período de, no máximo, 24 horas após o parto.

Todas as informações deste estudo foram coletadas através de questionário único pré-codificado. O mesmo buscou informações quanto ao local de residência da família, características demográficas, ocupação, história reprodutiva e hábitos de vida da mãe; nível socioeconômico, posse de eletrodomésticos e condições de habitação e saneamento da família e características do trabalho do pai; assistência recebida durante a gestação e o parto, acesso e utilização de serviços preventivos e

curativos em saúde. Além disso, realizou-se exame físico da criança, obtendo-se comprimento, perímetros cefálico e torácico, e circunferência abdominal. O comprimento foi obtido através de infantômetro Harpenden com precisão de 1mm (Holtain, Crymych, UK) e técnica padronizada; os perímetros foram medidos com fita métrica inelástica com precisão de 1mm, observando-se procedimento padrão. O peso ao nascer foi anotado a partir do livro de registro da enfermagem, que utilizava balança eletrônica pediátrica com precisão de 10g. A idade gestacional dos nascidos vivos foi avaliada a partir da data da última menstruação (DUM), anotada no cartão da gestante. No caso de parto gemelar, utilizou-se questionário específico para o segundo recém-nascido, a fim de evitar a repetição de perguntas.

Dez entrevistadoras foram treinadas para atuar neste estudo. Destas, oito eram acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e as outras eram graduadas em serviço social e com ampla experiência neste tipo de estudo. Este treinamento consistiu na leitura do questionário e do manual de instruções, na sua aplicação entre duplas e perante o grupo de entrevistadores. Durante o estudo piloto, cada um dos treinandos aplicou pelo menos dois questionários completos e realizou exame antropométrico na criança. Estas atividades foram realizadas na primeira quinzena de dezembro de 2006.

A identificação das gestantes era feita diretamente com a partu-

riente e confirmada através do livro de registro de nascimento de cada maternidade. Ao encontrar uma parturiente residente no município do Rio Grande, o termo de consentimento era lido para a mesma e entregue e, em caso de aceitar participar do estudo, o questionário era então, aplicado. Este questionário era em seguida codificado nas suas questões fechadas e, no dia seguinte, entregue na sede do projeto, para posterior revisão e digitação.

Os questionários eram duplamente digitados por diferentes profissionais em ordem inversa. Quinzenalmente, estas digitações eram comparadas e eventuais erros eram listados e corrigidos. Em seguida, verificava-se a consistência dos dados com imediata correção de eventuais diferenças. A entrada de dados foi realizada utilizando-se o programa Epi Info 6.04⁷. Em seguida, realizou-se análise de consistência, que incluiu a categorização de variáveis e verificação de frequências realizadas através do pacote estatístico Stata versão 9.2⁸.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob o parecer de número 112/2009 e pelo CEPAS, da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACS), com o parecer de número 009/2009. Garantiu-se a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a liberdade de deixar o estudo a qualquer momento sem necessidade de justificativa.

RESULTADOS

Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM), entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2007, ocorreram nas duas maternidades do município 2.584 nascimentos, cujas mães residiam em Rio Grande. Deste total, foi possível obter informações de 2.557, o que representa 98,9% de todos os nascimentos. Dos 34 (1,1%) nascimentos restantes, uma mãe recusou-se a participar do estudo e as demais não foram encontradas pelos entrevistadores.

Dentre os 2.557 partos ocorridos, 39 (1,5%) foram de nascidos mortos; 2.523 (98,7%) de partos únicos e 34 (1,3%) de gemelares, o que representa um parto gemelar para cada 148 partos únicos ocorridos no município. Vinte por cento destas crianças eram filhos de

mães adolescentes (menos de 20 anos de idade) e pouco mais de um quarto tinha 30 anos ou mais de idade; 83% das mães viviam com companheiro, 70% eram de cor branca; cerca de metade delas havia completado ensino fundamental e 5% concluído algum curso superior; 15% possuíam renda familiar mensal inferior a um salário mínimo (SM) e 19% renda superior a 4 SM. Considerando que o número médio de moradores por domicílio foi 3,7, a renda per capita mensal foi de 0,98 SM, o que representava cerca de R\$ 12 por pessoa/dia. Finalmente, a mesma tabela mostra que 40% de todas as mães eram primíparas, 3,5% já haviam tido pelo menos um filho morto e pouco mais de 10% tiveram filhos com baixo peso e/ou prematuros (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e antecedentes reprodutivos de mães de recém-nascidos no município do Rio Grande, RS, 2007.

| Variável | Percentual |
|--------------------------------|------------|
| Idade da mãe em anos completos | |
| Menos de 20 | 20,2% |
| 20 a 24 | 28,1% |
| 25 a 29 | 24,6% |
| 30 ou mais | 27,2% |
| Média (DP) | 25,6 (6,6) |
| Vivem com companheiro | 82,8% |
| Cor da pele segundo a mãe: | |
| Branca | 69,2% |
| Parda/Morena | 18,3% |
| Preta | 12,2% |
| Outra | 0,3% |

Continuação

| Variável | Percentual |
|--|-------------|
| Escolaridade em anos completos | |
| 0 a 4 | 12,6% |
| 5 a 8 | 36,1% |
| 9 a 11 | 41,9% |
| 12 ou mais | 9,4% |
| Média (DP) | 8,6 (3,5) |
| Completaram algum curso superior | 5,3% |
| Renda familiar em salários mínimos mensais | |
| 0 a 0,9 | 14,7% |
| 1 a 1,9 | 32,5% |
| 2 a 3,9 | 33,7% |
| 4 ou mais | 19,1% |
| Média e mediana em salários mínimos mensais | 2,9 e 2,1 |
| Número médio de moradores por domicílio | 3,7 |
| Número de filhos tidos vivos | |
| Nenhum | 39,6% |
| 1 a 2 | 35,1% |
| 3 ou mais | 25,3% |
| Média (DP) | 1,6 (1,7) |
| Renda per capita mensal em salários mínimo e em R\$ | 0,98 e 371 |
| Mães que já tiveram pelo menos um filho nascido: | |
| Morto | 3,5% |
| Com peso inferior a 2.500 gramas | 11,5% |
| Com menos de 36 semanas de gestação | 11,6% |
| Tiveram pelo menos um aborto (espontâneo ou provocado) | 19,2% |
| Total | 2557 |

Somente 4% das mães não fizeram uma única consulta de pré-natal. Dentre as que realizaram ao menos uma consulta, os locais mais comuns foram os postos de saúde e consultórios particulares, com cerca de 40% em cada um deles. Praticamente três quartos das mães realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal. Três de cada quatro iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e foram atendidas pelo mesmo profissional durante todo o pré-natal. Quanto aos testes laboratoriais, os mais comumente realizados, ao menos uma vez, foram os exames de

sangue, urina e HIV, com cerca de 95%, seguidos por VDRL e ultrasonografia pélvica com 92%. Em relação aos exames clínicos durante as consultas de pré-natal, 95% delas foram pesadas, tiveram a altura uterina avaliada e a pressão arterial verificada. No entanto, pouco mais da metade foi submetida a exame e realizou citopatológico de colo uterino. Finalmente, apenas 45% tiveram os seios examinados durante as consultas de pré-natal, e o esquema vacinal básico contra o tétano neonatal havia sido completado para 84% delas (Tabela 2).

Tabela 2 – Assistência à gestação para recém-nascidos no município do Rio Grande, RS, 2007.

| Variável | Percentual |
|--|-------------------|
| Realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal | 95,8% |
| Local de realização da maioria das consultas de pré-natal | |
| Posto de saúde | 39,6% |
| Ambulatório | 20,0% |
| Consultório particular/convênio | 39,0% |
| Outro | 1,4% |
| Número de consultas de pré-natal realizadas: | |
| Seis ou mais | 72,1% |
| Nove ou mais | 35,4% |
| Média (DP) | 7,4 (3,7) |
| Trimestre que iniciou as consultas de pré-natal | |
| Primeiro | 73,6% |
| Segundo | 23,9% |
| Terceiro | 2,5% |
| Média do mês de início das consultas (DP) | 2,8 (1,5) |
| Foram atendidas pelo mesmo profissional durante todo o pré-natal | 76,5% |
| Exames laboratoriais realizados no pré-natal: | |
| Sangue | 95,0% |
| Média (DP) | 2,9 (2,1) |
| Urina | 94,2% |
| Média (DP) | 2,5 (1,8) |
| HIV | 94,6% |
| Média (DP) | 1,8 (0,9) |
| Sífilis | 92,4% |
| Média (DP) | 1,3 (0,7) |
| Ultra-sonografia pélvica | 92,3% |
| Média (DP) | 2,9 (2,8) |
| Se durante as consultas de no pré-natal a gestante: | |
| Foi pesada | 94,0% |
| Teve a altura uterina avaliada | 94,5% |
| Teve a pressão arterial verificada | 93,9% |
| Realizou exame ginecológico | 56,2% |
| Recebeu sulfato ferroso | 59,0% |
| Recebeu vitaminas | 25,9% |
| Recebeu orientação sobre amamentação | 57,0% |
| Foi questionada sobre uso de medicamentos | 69,5% |
| Foi orientada sobre risco de usar medicamentos | 76,6% |
| Teve o seio examinado | 45,1% |
| Foi orientada sobre exercício físico | 61,0% |
| Realizou exame citopatológico de colo uterino: | |
| Não, | 40,5% |
| Sim, em alguma das consultas | 35,9% |
| Não, já havia realizado antes de engravidar | 23,5% |
| Imunização adequada contra tétano neonatal | 84,0% |
| Total | 2557 |

O profissional que mais acompanhou a gestante no pré-parto foi o enfermeiro (56%), enquanto o médico foi o profissional que realizou a grande maioria dos partos (85%); 52% de todos os partos foram por cesariana, tendo como principal causa, segundo relato das mães,

ausência de dilatação do colo (22%). Para 7% dos partos foi necessário usar fórceps, 71% dos partos normais foram acompanhados de episiotomia e 93% de todos os nascimentos foram atendidos por pediatra; oito em cada dez partos foram realizados pelo SUS (Tabela 3).

Tabela 3 – Assistência ao parto para recém-nascidos no município do Rio Grande, RS, 2007.

| Variável | Percentual |
|---|-------------|
| Profissional que realizou o parto | |
| Médico | 85,3% |
| Enfermeira/Parteira | 11,8% |
| Estudante | 2,3% |
| Nenhum/Ninguém | 0,2% |
| Não soube informar | 0,4% |
| Profissional que acompanhou a gestante no pré-parto: | |
| Médico | 27,4% |
| Estudante | 16,5% |
| Enfermeira/Parteira | 55,6% |
| Ninguém | 0,4% |
| Tipo de parto: | |
| Normal | 48,4% |
| Cesariana | 51,6% |
| Principais razões, segundo a mãe, para realização de cesariana: (n=1294) | |
| Sem dilatação do colo | 22,4% |
| Distócia de apresentação | 10,3% |
| Eclampsia/pré-eclampsia | 9,7% |
| Desproporção céfalo-pélvica | 9,3% |
| Solicitação da mãe | 7,7% |
| Cesariana prévia | 7,5% |
| Laqueadura tubária | 5,0% |
| Sufrimento fetal | 5,0% |
| Foi necessário usar fórceps | 7,3% |
| Foram submetidas à episiotomia (n=1.238) | 70,9% |
| Profissional que atendeu o recém-nascido na sala de parto: | |
| Pediatra | 93,0% |
| Obstetra | 0,8% |
| Estudante | 0,5% |
| Enfermeira/Parteira | 4,0% |
| Outro médico | 1,3% |
| Tipo de assistência: | |
| SUS | 79,1% |
| Particular | 4,9% |
| Convênio | 16,0% |
| Pagaram alguma diferença em dinheiro pelo parto | 1,3% |
| Total | 2557 |

Pouco mais da metade (51%) dos nascimentos pertenciam ao sexo masculino, 9% nasceram com peso inferior a 2.500 gramas, 16% nasceram prematuros (menos de 37 semanas de gestação) e, segundo o

livro de anotação das maternidades, 82% e 97% das crianças atingiram índice Apgar ≥ 8 no primeiro e no quinto minutos, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Características demográficas e condições de nascimento no município do Rio Grande, RS, 2007.

| Variável | Percentual |
|--|-------------|
| Sexo | |
| Masculino | 51,2% |
| Feminino | 48,8% |
| Peso ao nascer (em gramas) | |
| < 2500 | 9,4% |
| 2500 a 2999 | 22,9% |
| 3000 a 3499 | 40,6% |
| ≥ 3500 | 27,2% |
| Média (em gramas) (DP) | 3172 (595) |
| Nasceram prematuros (<37 semanas) (n=2063) | 16,5% |
| Nasceram vivos | 98,5% |
| Índice de Apgar (n=2483) | |
| ≥ 8 no primeiro minuto | 82,4% |
| ≥ 8 no quinto minuto | 96,6% |
| Total | 2557 |

DISCUSSÃO

Este inquérito mostrou proporção expressiva de nascimentos entre mães adolescentes, a grande maioria delas inicia as consultas de pré-natal ainda no primeiro trimestre, realiza um número suficiente de consultas que permitiria receber todos os cuidados básicos para um pré-natal adequado, mas isto só acontece para os exames laboratoriais e parte dos exames clínicos. As coberturas para suplementação com sulfato ferroso e imunização

antitetânica mostraram-se também insatisfatórias. Por fim, a ocorrência de cesariana, episiotomia e prematuridade foram elevadas e semelhantes à observada em outras localidades.

O baixo percentual de perdas pode ser atribuído à facilidade de acesso às parturientes nas maternidades. As poucas mães não encontradas foram, na quase totalidade, oriundas de quartos particulares da Santa Casa de Misericórdia ou que

tiveram parto domiciliar, o que impossibilitou incluí-las no estudo.

Um quarto das mães incluídas no estudo é constituído por adolescentes. Não se dispõe de dados em período anterior, mas há indícios de que a taxa de gravidez na adolescência esteja aumentando no município. Entre 1995 e 2004, a média de idade de início das relações sexuais para mulheres em idade fértil no município caiu de 18,6 para 16,6 anos; a idade do primeiro parto diminuiu de 21,8 anos para 20,3 anos. No entanto, o número médio de filhos por mulher manteve-se constante, 2,4⁹. No Brasil, ocorreu algo muito semelhante, mas com claro aumento na taxa de gravidez entre adolescentes, passando de 17% em 1996 para 23% em 2006¹⁰. Ou seja, ao mesmo tempo em que a taxa de fecundidade global caiu, houve aumento na taxa de gravidez entre aquelas com menos de 20 anos de idade.

Uma em cada 20 gestantes não realizou uma única consulta de pré-natal e, quatro em cada 10 realizou menos de seis consultas. Em Pelotas, município vizinho, a proporção de mães que não realizou pré-natal nas coortes de 1993 e 2004 foi respectivamente, de 5% e 2%, enquanto que, entre aquelas que realizaram seis ou mais consultas nestes mesmos momentos foi 74% e 80%, respectivamente⁴. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006 (PNDS, 2006) mostrou que um dos grandes avanços da última década na região Sul foi a quase universalização da assistência pré-natal. Enquanto em 2006, 6% das mulheres grávidas

não realizaram uma única consulta de pré-natal em 1996, em 2006 foi de apenas 0,6%¹⁰.

Um quarto das mães não realizou, durante o pré-natal, ao menos um dos exames laboratoriais, e metade não foi submetida a pelo menos um exame clínico básico. As piores coberturas foram observadas para exame das mamas e citopatológico de colo uterino. Em geral, nas localidades mais desenvolvidas, o acesso a exames laboratoriais é praticamente universal; já em localidades pobres, os exames mais comumente realizados são ultrassonografia obstétrica e de sangue (glicemia)¹¹. Na PNDS 2006, 87% das mães de menores de cinco anos realizaram exame comum de urina e 92% exame de sangue; neste mesmo estudo, praticamente todas as mães foram pesadas e tiveram a pressão arterial verificada, respectivamente¹⁰.

O aumento da cobertura de exames, particularmente os laboratoriais, é evidente em diferentes localidades^{4,9,11,12}. Este aumento tem levado à saturação na oferta de serviços aos mais ricos e, por conseguinte, alcançado os mais pobres, melhorando a cobertura entre estes. Em Pelotas, por exemplo, o aumento da cobertura para exames de pré-natal entre os mais pobres não se deu em decorrência de uma política pública voltada a esta população, mas devido a esta saturação que leva à universalização entre os mais ricos, e só então depois atinge os mais pobres⁴. Enquanto não houver uma política que busque reduzir a iniquidade, o aumento da cobertura entre os mais

pobres ocorrerá somente a médio ou longo prazo e, posterior, aos mais ricos terem sido beneficiados.

Dezesseis por cento das mães estudadas não haviam recebido o esquema completo de vacina contra o tétano neonatal. Este índice é um pouco inferior ao observado para o Rio Grande do Sul, cerca de 10%, mas bastante superior a média nacional, onde 30% das gestantes apresentam-se com imunização incompleta^{5,10}.

O parto realizado por médico vem aumentando em Rio Grande, passou de 77% em 1995¹² para 85% neste estudo. Em Pelotas, por exemplo, passou de 62% em 1982 para 89% em 2004⁴. Em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil não mais que 40%¹¹ são realizados por médico, enquanto no Brasil como um todo, isto ocorre em 86% dos partos¹⁰.

Mais da metade das crianças rio-grandinas nascidas em 2007, incluindo atendimentos SUS ou particular, foram através de cesariana. A prevalência desta intervenção vem aumentando no município, passando de 44% em 1995¹² para 52% neste estudo. Em Pelotas aumentou de 28% em 1982 para 45% em 2004⁴. No Brasil, entre 1996 e 2006 passou de 36% para 44%¹⁰. Segundo relato das mães incluídas neste estudo, 60% das cesarianas ocorreram devido à ausência de dilatação do colo, distócia de apresentação, eclâmpsia/pré-eclâmpsia e desproporção céfalo-pélvica. Somente 8% delas disseram desejar ter o filho por cesariana. A realização de cesariana, até pouco tempo vista como

uma decisão única e exclusiva do médico, começa a se desvendar e a aparecer de forma explícita, através do desejo da mulher em realizar este tipo de parto. Tanto para as necessidades do médico, quanto para o desejo da mulher, a condição clínica não parece ser o principal determinante da realização de cesariana¹³. Enquanto isto persistir, a ocorrência de cesariana no Brasil será cerca de três vezes maior do que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde¹⁴.

Pelo menos sete em cada 10 mães estudadas haviam sido submetidas à episiotomia. Este percentual é semelhante ao observado em Pelotas (65%) e no Brasil, variando de 60% entre aquelas com idade entre 35 e 49 anos até 75% entre as adolescentes¹⁰. Análise específica visando a determinar os principais fatores associados à ocorrência de episiotomia entre as gestantes incluídas neste estudo mostrou, após ajuste para diversos fatores de confusão, que este procedimento é significativamente mais comum entre aquelas de menor idade, de cor da pele branca, com alta escolaridade, renda familiar e paridade, que já foram submetidas à episiotomia, que necessitaram de uso de fórceps no parto atual e que tiveram o parto realizado por médico¹⁵.

Subtraindo-se a data de nascimento da data da última menstruação, verifica-se que 16% dos nascimentos ocorreram antes de 37 semanas de gestação, o que indica prematuridade. Essas crianças apresentam risco substancialmente maior de morrer durante o primeiro

ano de vida em relação a crianças nascidas a termo¹⁶. A prevalência de prematuridade vem aumentando. Este aumento não pode ser explicado por mudanças em características maternas neste período, visto que houve, entre outros, redução no hábito de fumar e substancial melhoria na assistência à gestação e ao parto¹⁷. No entanto, a taxa de cesarianas passou neste período, de 28% para 44%⁴, enquanto que a indução do trabalho de parto passou de 2,5% para 11,1%¹⁷. Esta relação precisa ser avaliada em profundidade, a fim de entender melhor esta recente epidemia de prematuridade. Vale destacar também que, para cerca de um quarto dos nascimentos, não foi possível obter a data da última menstruação.

Com base nos dados aqui apresentados é possível estabelecer algumas intervenções que poderiam melhorar os indicadores de saúde materno-infantil no município, com destaque para:

- Universalização da assistência à gestação e ao parto, possibilitando que todas as gestantes iniciem as consultas de pré-natal ainda no primeiro trimestre, que realizem pelo menos seis consultas durante toda a gravidez. Para isso, poderia contar com a colaboração dos agentes comunitários, a fim de efetuarem busca ativa de gestantes na sua área de atuação e que priorizassem aquelas que eventualmente tenham deixado de ir à consulta médica;

- Melhorar a qualidade do exame clínico durante as consultas de pré-natal, capacitando os profissionais da rede básica de saúde a

oferecerem todos os exames clínicos básicos e, ao mesmo tempo orientarem as gestantes para que, durante as consultas, solicitem todos os procedimentos a que têm direito naquela consulta. Isto poderia ser feito fornecendo a elas uma espécie de cartão onde, a cada mês, estariam anotados os procedimentos e exames a serem submetidas, restando a elas cobrar por eles no momento da consulta;

- Aumentar a oferta de exames laboratoriais específicos, sobretudo VDRL e exame comum de urina. Seria oportuno também, explicar às mães sobre a importância de cada um destes exames, com destaque para o exame de urina por sua estreita relação com parto prematuro, um dos mais importantes determinantes da morbimortalidade infantil nos primeiros meses de vida;

- Atuar junto aos obstetras, a fim de reduzir a ocorrência de cesariana ou que, se esta vier a ocorrer, que seja após a 39^a semana de gestação, a fim de reduzir possível efeito deste procedimento sobre a incidência de prematuridade, como já vem sendo denunciado em outras localidades;

- Desencorajar obstetras a realizar episiotomia como procedimento de rotina, visto não haver, até o presente momento, evidência suficiente de que este procedimento diminua entre todas as parturientes o sofrimento e riscos por ocasião do parto;

- Identificar gestantes de alto risco durante o pré-natal e realizar acompanhamento de forma intensificada, visto serem os seus filhos os que apresentam maiores riscos de

complicações durante o parto, de adoecer e morrer no primeiro ano de vida;

- Desencorajar a ocorrência de gravidez na adolescência. Para tanto, dever-se-ia aumentar a oferta de métodos contraceptivos, bem como a maneira mais adequada de utilizá-los;

- Incentivar a gravidez planejada, através de campanha na mídia local, e criar condições para que isto possa ser feito dentro das unidades básicas de saúde;

- Fortalecer a rede pública de saúde, visto que esta responde pelo atendimento de oito em cada 10 nascimentos;

- Seguir monitorando a saúde perinatal no município e, a partir dos resultados obtidos, definir as intervenções com maior potencial de impacto, estabelecer metas e envidar esforços a fim de que sejam alcançadas em um curto espaço de tempo.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Cesar JA. Saúde materno-infantil no Brasil: padrões de morbidade e possíveis intervenções. In: MZ Rouquayrol e Almeida-Filho NM. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 415-67.
2. Indicadores e Dados Básicos do Brasil-IBD (2004-7). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em 28 de março de 2009.
3. Monteiro CA, França Júnior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública. 2000;34(6 Suppl):19-25.
4. Cesar JA, Matijasevich AM, Santos IS, Barros AJD, Dias-da-Costa JD, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde materno-infantis em três coortes de base populacional no sul do Brasil, 1982-2004. Cad Saude Publica. 2008; 24 Suppl 3:S427-36.
5. Centro de Estadual de Vigilância em Saúde (CVS), RS. A saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul-2005. Secretaria da Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. Porto Alegre, 2006.
6. Silva IS. Cancer epidemiology: principles and methods. Lyon: World Health Organization & International Agency for Research on Cancer; 1999.
7. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info, Version 6: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2002.
8. StataCorp. Stata statistical software: release 7.0. College Station: Stata Corporation; 2001
9. Carlotto K, Cesar JA, Hackenhaar A, Ribeiro PRP. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2008;24:2054-62.
10. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006. Brasília, DF, 2008.
11. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann N. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24:1609-18.
12. Cesar JA, Mendoza-Sassi R, Horta BL, Ribeiro PRP, D'Avila AC, Santos FM, et al. Basic indicators of child health in an urban area in southern Brazil: estimating

prevalence rates and evaluating differentials. *J Pediatr.* 2006; 82:437-44.

13. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324:942-5.

14. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436-7.

15. Cesar JA, Mendoza-Sassi. Avaliando a assistência à gestação e ao parto no Município de Rio Grande, RS. Relatório de Pesquisa. Divisão de População & Saúde,

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande. 2010.

16. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet.* 2005;365(9462):847-54.

17. Barros FC, Victora CG, Matijasevich AM et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24 Sup 3:S390-S398, 2008.