

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO FINAL
DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
PELA MÉDICA CLARISSA WALDIGE MENDES
NOGUEIRA À FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DA UNICAMP, NA DATA DE 07 DE Outubro, 1987
CAMPINAS, 07 DE Outubro DE 1987.

PROF. DR. JOÃO LUIZ C. PINTO e SILVA
- ORIENTADOR -

CLARISSA WALDIGE MENDES NOGUEIRA



TENÇÃO PRÉ NATAL NA CIDADE DE CAMPINAS

TESE DE MESTRADO APRESENTADA A
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

ORIENTADOR: Dr. João Luiz C. Pinto e Silva

N689a

8672/BC

Campinas - SP.

- 1987 -

UNICAMP

BIBLIOTECA CENTRAL

INDICE

I. HISTÓRICO E JUSTIFICATIVA	01
II. OBJETIVOS	15
III. MATERIAL E MÉTODOS	16
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSSÃO	41
VI. CONCLUSÕES	63
VII. BIBLIOGRAFIA	66

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho pretende contribuir para avaliação de resultados de ações de saúde que, partindo de um planejamento empírico, transpõem a prática clínica e chegam a alterar padrões e modos de vida.

A área de Obstetrícia oferece excelentes condições para essa avaliação, pois contém um evento muito claro, o parto, é um produto com parâmetros mensuráveis.

Temos assistido várias propostas de ação na área de saúde que, ao passar da teoria para a prática se volatilizam, por não considerarem os meandros da atividade diária, onde se movimentam pessoas com desejos, aspirações e capacidades próprias.

Os diferentes aspectos de nossa realidade tem que ser analisados para a proposição de medidas efetivas. A comparação de serviços e discussão de suas diferenças é uma etapa dessa avaliação.

Para a elaboração deste trabalho tivemos contribuições inestimáveis. Gostaria de expressar meus agradecimentos à orientação do Dr. João Luiz Carvalho Pinto e Silva, pela constante assistência e revisão crítica em todas as etapas, não só no âmbito técnico, mas também na própria clareza da redação e permanente incentivo e apoio. Entretanto, as falhas porventuras existentes cabem exclusivamente a mim.

Ao Professor Aníbal Faúndes, pela profunda influência que vem exercendo na formação acadêmica das últimas gerações de médicos da UNICAMP e pelo exemplo de luta pelo aprimoramento da qualidade da medicina assistencial.

Ao Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, pelo idealismo e persistência na busca de melhorias dos níveis de assistência à nossa população e também pelas oportunidades que me proporcionou, que sem dúvida permitiram a conclusão de nosso trabalho.

As bibliotecárias Lúcia de Oliveira Soares, da Maternidade de Campinas e Marisabel Regina Rodrigues do Amaral, da UNICAMP e a Luzia Gonçalves de Aguiar, que datilografou inúmeras redações desse trabalho.

Presto também minha homenagem aos pacientes e funcionários do Posto de Saúde da Vila Rica e do Centro de Saúde de Paulínia, com quem, partindo inicialmente de uma convivência profissional, terminei para acrescentar sólidas amizades e profundas experiências.

Campinas, Julho de 1987

HISTÓRICO E JUSTIFICATIVA

O primeiro enunciado científico de cuidados pré-natais foi feito por Avicena (AC 979 - AC 1037), filósofo árabe, em sua obra *Canon*, que foi manual até o século XVI, das Universidades de Lovaine e Montpellier, (48).

Até há pouco tempo, tais cuidados restringiam-se a uma série de regras, de transmissão pessoal, derivadas de observações empíricas, eivadas de preconceitos e misticismo. A ação médica era circunscrita ao parto que, na maioria das vezes, era conduzido por parteiras, mulheres da comunidade com alguns conhecimentos e aptidões, mas geralmente marginais à ciência médica.

Com o desenvolvimento científico surgem possibilidades de atuação no ciclo grávido-puerperal que objetivam o desenvolvimento de um conceito saudável, sem prejuízo para a saúde materna.

Ballantyne (4), em 1901, publica no *British Medical Journal* um dos primeiros relatos da literatura médica de um programa sistematizado de assistência pré-natal.

Nos Estados Unidos, a prática desses cuidados difunde-se a partir da 1ª década deste século e desde 1968 a certi-

dão de nascimento, nesse país, inclui obrigatoriamente o mês de início do pré-natal e número de visitas efetuadas (49).

Em estudo realizado com dados provenientes dessas anotações foi nítida a associação de maus resultados perinatais com mães que tiveram um número menor de controles ou iniciaram o pré-natal mais tardiamente.

No Brasil a difusão de cuidados pré-natais só se inicia na década de 40, (segundo relato pessoal de médicos mais antigos), e a oferta desses serviços por organismos estatais ocorre apenas no fim da década seguinte.

A Organização Mundial de Saúde, em 1952, reuniu seu "Comite de Experts em Cuidados à Maternidade" que aprovou, como rotina para um bom Pré Natal, um exame periódico mensal até 28ª semana de gravidez, uma consulta quinzenal entre 28ª e 36ª semana e posteriormente retornos semanais até o parto, recomendando ainda que a primeira consulta fosse realizada o mais precocemente possível (59).

A partir daí, as normatizações foram se aprimorando, permitindo que fossem detectadas situações que põem em risco o bom resultado gestacional (2). Vários autores propuseram "escores" para identificação das populações com maiores chances de danos às quais se deveria prestar atenção diferenciada (23,41,44).

Wilson (58), conceitua o Pré-Natal "um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas, para que a gestação, o parto e o puerpério transformem-se num processo normal e sem perigo para mães e crianças".

"Supervisionar e manter a normalidade da gestação, evitar e controlar riscos, dar apoio e educar as pacientes" representam os alicerces da boa assistência pré natal para Candeias (12).

Diversos autores consideram um "bom pré-natal" aquele em que a paciente inicia seus controles antes do 5º mes de gravidez e faz pelo menos 5 visitas nas quais há, no mínimo, a medida de pressão arterial e do peso corporal (59).

Esta proposta, muito simples, restrita e limitada, tem se mostrado extremamente eficiente na detecção de problemas e seu controle. Faúndes (19), utilizando-a, provou que melhora o prognóstico de gestações de mães analfabetas e solteiras, grupos indiscutivelmente de risco em países subdesenvolvidos.

Em nossa população vem se difundindo a importância desses cuidados, embora existam ainda muitas gestantes que não chegam a frequentar um serviço dessa natureza.

A eficiência da Atenção Pré Natal pode ser medida através de indicadores de resultado gestacional relacionados à mãe e ao concepto.

A magnitude desses índices sofre a influência das situações sociais, do padrão de vida, do saneamento básico, da vigilância sanitária e de modificações culturais e educacionais.

O advento dos antibióticos e das transfusões de sangue, o desenvolvimento da anestesia, o atendimento hospitalar ao parto e os novos conhecimentos da fisiopatologia da gravidez e do conceito, têm contribuído para melhorar os índices de morbimortalidade relacionada à gravidez.

Finn (20), em recente relatório nos Estados Unidos (1984), afirma que o obituário materno declinou nesse país, de 58/100000 em 1935 para 13/100000 em 1975.

Beral (9), relata que a Mortalidade Materna no Reino Unido é hoje um vigésimo do que foi há 100 anos atrás.

Em nosso país também se observa queda nos coeficientes de Mortalidade Materna. Em publicação recente do Ministério da Saúde (36) notamos diminuição significativa nos índices em todas as capitais brasileiras de 1960 para 1980 (Fig.1). Embora a análise destes dados, mesmo superficial, revele de forma inequívoca, não uniformidade de critérios na sua elaboração e evidente sub-registro, a tendência da diminuição é manifesta.

O sub registro é uma constante na realidade brasileira, especialmente nos dados que se baseiam em certidões de nascimento e de óbito. As estatísticas hospitalares são mais fiéis, mas frequentemente, não podem, por si só, expressar realidades mais amplas (5).

Em levantamento de dados do Ministério da Previdência Social, em 1980, entre partos hospitalares de todo país, encontrou-se um índice de Mortalidade Materna de 59/100000 (39).

Em análise de 1969 a 1979 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, esse índice foi de 79/100,000, revelando-se como mais importante as causas obstétricas diretas, vindo em primeiro lugar as infecções, seguidas por hemorragias e toxemias (32). Neste mesmo trabalho não foi encontrada diferença significativa na Assistência Pré Natal, entre pacientes que faleceram de mortes associadas à gravidez e um grupo controle de resultado obstétrico normal. Esse resultado surpreendente deve ser interpretado com cuidado, pois as mortes eram apenas 20, número insuficiente para conclusão mais consistente.

Em relação ao índice de Mortalidade Perinatal, discutem-se os fatores que são mais importantes para sua configuração: alguns autores acreditam que esse índice sofre maior influência das condições de atenção médica e hospitalar (11), enquanto outros atribuem maior importância às condições de vida e fatores sócio-econômicos (15,25).

Os índices mais baixos observados mundialmente situam-se em torno de 10/1000, em países escandinavos (24). Mesmo em países com elevado grau de atenção à saúde, como os Estados Unidos e a Inglaterra, estes índices situam-se ao redor de 15/1000 (Fig.2).

No Brasil, segundo o IBGE (27), o índice de Mortalidade Perinatal, em 1980, foi de 42/1000,. Levantamento do Ministério da Previdência Social, entretanto, observou apenas 24 óbitos por 1000 nascimentos nos partos hospitalares, neste mesmo ano (39).

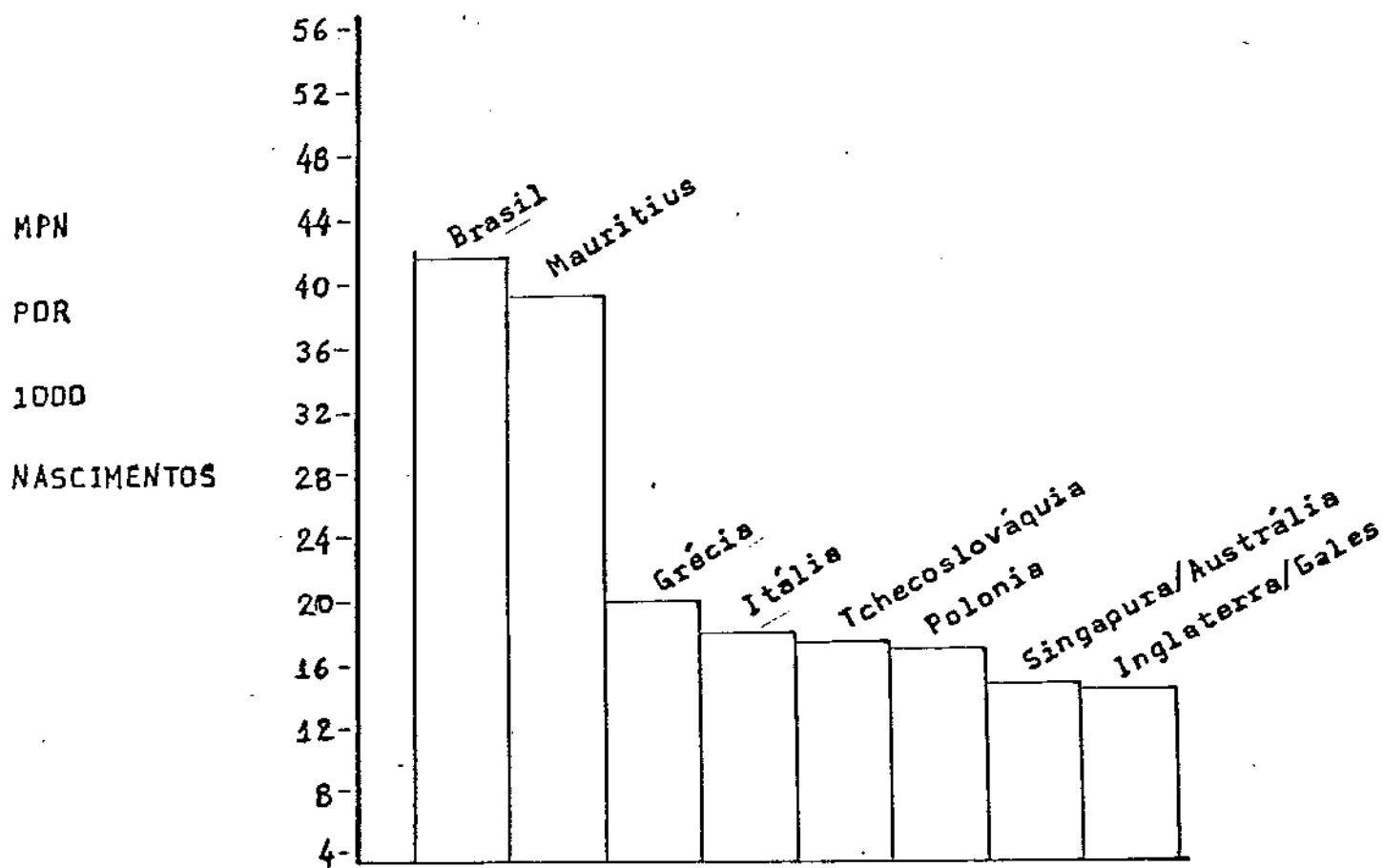
Diversos autores já demonstraram a correlação de alguns parâmetros do Recém-Nascido com más condições de sobrevivência, tais como: índice de Apgar menor que 7, no 1º e 5º minuto de vida (10), peso do recém-nascido abaixo de 2500 gramas e a prematuridade (11, 29).

Belizán e cols. mostraram que a assistência Pré-Natal deficiente associa-se à maior incidência de mortalidade perinatal, à fetos deprimidos e de baixo peso ao nascer.

Yazlle et Martinez (61), analisando a influência do nível sócio-econômico e da Assistência Pré-Natal sobre as condições do recém-nascido, concluíram que o peso fetal é significativamente mais elevado em pacientes que receberam atendimento adequado durante a gravidez.

FIGURA 2

MORTALIDADE PERINATAL NO ANO DE 1980 EM
PAÍSES SELECIONADOS



Fonte: Gulmarães, MS. - Brasil - Estudo Comparativo dos fatores intra-gestacionais e Morbimortalidade Perinatal em diferentes sistemas de saúde. J.Bras.Ginec., 76 (1): 11-13, 1986.

Em um painel sobre Retardo Mental, Lesser (31) destacou:

- 1 - Na Philadelphia, em 1961, em um distrito onde apenas 1% dos partos não tinham Atenção Pré-Natal adequada, o índice de prematuridade foi 7,9%. Em outro distrito onde 36% das mulheres estavam nessa categoria, o índice de prematuridade foi 15,9% .
- 2 - Em estudo feito em Nova York em 1957, observou-se, entre 70952 mulheres com pré-natal adequado, um índice de prematuridade de 7,8%. Entre 8683 mulheres sem pré natal esse índice foi de 20,3%.
- 3 - No distrito de Columbia, um estudo recente mostrou que o índice de baixo peso foi 22,7% entre mulheres sem cuidados pré-natais, comparados a 10,6% entre aquelas que tinham alguns cuidados.

Por outro lado, Goldenberg (22), atribui a redução de 50% verificada na mortalidade neonatal no Alabama, durante o período de 1970 a 1980, à melhora no atendimento médico do recém-nascido de baixo peso. Rejeita a intervenção de programas nutricionais ou facilidade de acesso ao pré-natal como elementos significantes na melhor sobrevivência, já que a distribuição do peso ao nascer permaneceu essencialmente estável naqueles anos.

Esses achados contrastam com os de David & Siegel (18), que observaram, na Carolina do Norte, 34% de diminuição na mortalidade neonatal durante os anos de 1968 a 1977, que foi correlacionada ao aumento do peso ao nascer e à redução da prematuridade, contestam o estudo de Alabama por não ter levado em consideração possíveis mudanças na duração da gestação.

Belizán (6) destaca que, em populações mais desenvolvidas, 2/3 dos recém-nascidos de baixo peso são pretermos e apenas 1/3 se deve a desnutrição intrauterina. Em países pobres, onde existe uma alta incidência de baixo peso, ele refere apenas 17% de pretermos entre as crianças nascidas com menos de 2500 gramas.

Apesar de persistirem algumas polêmicas à respeito da magnitude do impacto da atenção pré-natal sobre a saúde materna e do recém-nascido, e os instrumentos utilizados para medida desta influência não serem suficientes para seu completo entendimento, a inquestionável evidência do enorme benefício dessas ações.

A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

As condições necessárias para um bom atendimento pré-natal em nível primário, são relativamente simples, pois dependem, quase que exclusivamente, da capacitação do pessoal da área de saúde, e de apoio laboratorial de baixa complexidade.

A medida do crescimento uterino, por exemplo, feita apenas com uma fita métrica por um profissional treinado, é um indicador da saúde fetal de extrema valia, por ser possível compará-la com padrões já estabelecidos ou com curvas de crescimento constituídas regionalmente (8,44).

As medidas do peso e da pressão arterial, rastreiam a toxemia e a hipertensão, que estão entre as principais causas de prejuízos ao binômio mãe-feto.

Na simples rotina laboratorial, é possível detectar patologias que precocemente não se expressam por sintomas bem definidos e para as quais temos possibilidades efetivas de tratamento, como a sífilis e infecção urinária, além da prevenção da Doença Hemolítica do Recém-Nascido.

A utilização de "escalas de risco" possibilita separar um pequeno número de mulheres que necessitam de um acompanhamento especializado. Ações educativas e suplementação alimentar também devem ser integrantes da rotina Pré-Natal, bem como aporte psicológico e preparação para o parto.

ATENÇÃO PRÉ NATAL NA REGIÃO DE CAMPINAS

Até 1976, na Região de Campinas, o atendimento pré-natal para populações carentes restringia-se ao Ambulatório do INAMPS, a alguns poucos postos da Secretaria Estadual de Saúde e ao Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da UNICAMP.

Em meados da década de 70, inicia-se um movimento de técnicos em Saúde, propugnando pela melhoria do atendimento público e pelo fim da dicotomia entre prevenção e cura, que dominava as ações nesta área: o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais dedicavam-se à programas de vacinação e fiscalização sanitária, enquanto que ao recém-criado Ministério da Previdência Social cabia a parte curativa, quase toda feita em hospitais contratados ao setor privado.

Carlos Gentile de Mello (21), à respeito, assinava: "não se justifica que uma unidade sanitária, órgão de Saúde

Pública, restrinja-se à medidas preventivas, excluindo de seu programa a assistência médica (...). Assim, da mesma maneira que não se justifica a existência de órgão de saúde pública sem atividade assistencial, também não se justifica órgãos assistenciais sem atividade de saúde pública”

Nestes anos, também se iniciaram vários movimentos populares, especialmente nas grandes concentrações urbanas, reivindicando melhoria de transporte público, condições de saneamento, habitação e saúde.

Em 1978, a 1a. Reunião de Secretários Municipais de Saúde, realizada em Campinas, recomendava a criação de uma Rede de Ambulatórios para atendimento integral à criança, ao adulto e à gestante, sob a responsabilidade do município. Pleiteava, para tanto, aporte das verbas que estavam concentradas em nível estadual e federal (35).

O Município de Campinas, que no início de 1977 tinha 2 Postos de Saúde, já no fim deste ano contava com mais 5 , além de ter promovido a modernização dos já existentes, contratando profissionais e equipando as unidades para um atendimento mais adequado. Em 1978 inauguram-se mais 8 postos e em 1979 mais 7 (52). Em 1982 mais 10 postos se juntavam aos anteriores, todos situados na periferia da cidade, capacitados para vacinações, curativos, atendimento de rotina para crianças e gestantes e atendimento médico (53).

Este processo aconteceu também, em menor escala, em quase todos os Municípios da região, que contam hoje, com pelo menos um Posto Municipal, capacitado para Atendimento Primário de Saúde. Também a Secretaria Estadual de Saúde absorveu esses conceitos: suas unidades foram reequipadas e passaram a trabalhar integradamente com os municípios (51).

Em 1982 é lançado em Campinas um Programa de Integração entre os órgãos públicos que prestam assistência médica, denominado "Pró-Assistência I", incluindo o Hospital Universitário da UNICAMP, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, o INAMPS, além da Faculdade de Medicina da PUCCAMP, que desde 1978 também passou a participar na assistência, através do seu hospital-escola e de 4 postos periféricos. Essas instituições passam a viver um intenso processo de discussões que buscou, fundamentalmente, "integrar recursos, compatibilizar programas de saúde, criar um sistema regionalizado e hierarquizado de Saúde a nível do Município e as bases para um planejamento e avaliação conjuntos dos serviços prestados" (47). é o que hoje se chama "Acções Integradas de Saúde" (AIS).

O PRÉ NATAL NA REDE DE SAÚDE

O acompanhamento Pré Natal nos Centros de Saúde tem padrões semelhantes e é realizado por médicos, geralmente não

especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, seguindo normatização e retornos nos quais vários controles são delegados a enfermeiros e auxiliares de saúde especialmente treinados.

São normatizadas situações de risco em que a gestante deve ser encaminhada a centros mais complexos, quando apresenta patologias superiores à capacidade de resolução destas unidades. Esse encaminhamento geralmente se dá para a UNICAMP, considerada como "Centro de Referência". Atualmente a própria Prefeitura Municipal de Campinas assumiu uma parte dessas atribuições, em convênio com o Hospital Maternidade de Campinas, e a Faculdade de Medicina da Universidade Católica também está se credenciando como nível de referência.

Ainda não se quantificou todo o benefício dessas ações, mas, no Relatório Anual de 1985 da Secretaria Municipal de Campinas vemos que 2345 gestantes receberam atendimento pré-natal em seus postos (53), enquanto a Secretaria Estadual relata a matrícula de 1665 gestantes no mesmo período (51).

O instrumental para atendimento pré-natal nessas unidades é pouco sofisticado: um estetoscópio de Pinard, a fita métrica e a balança, além do aparelhamento para o exame ginecológico e para a consulta médica habitual .

O Ambulatório do INAMPS e os postos da PUCC também tem serviços semelhantes.

O PRÉ-NATAL NA UNICAMP

É realizado por estudantes de Medicina (internos) e Residentes, supervisionados por docentes e tem recursos adequados para um bom atendimento: apoio laboratorial, serviço de ecografia e outros exames subsidiários, além da possibilidade de internação imediata.

As pacientes classificadas como de Alto Risco são submetidas a uma rotina especial, realizada no chamado "Pré-Natal de Alto Risco", que também recebe as pacientes encaminhadas pelos Centros de Saúde da Região, através do Programa Pró-Assistência I. Há, além dis-so, programas especiais para gestantes Adolescentes, no chamado Pré-natal de Adolescentes, que já funciona há mais ou menos 10 anos.

A rotina do Pré Natal normal é semelhante à realizada nos Centros de Saúde da Rede, com pequenas diferenças no número de consultas de rotina preconizados: enquanto a UNICAMP segue o padrão proposto pela OMS, os Centros de Saúde propõem-se a uma consulta mensal até 36 semanas, e quinzenal a partir daí.

As pacientes que realizam o Pré-natal nessas unidades, tem seus partos em hospitais conveniados com o INAMPS ou na Maternidade da UNICAMP. A prática de partos domiciliares praticamente extinguiu-se nessa região.

As modificações que vem se tentando no setor de saúde merecem avaliações de seus resultados que quantifiquem o grau de alcance dos objetivos propostos. Essas avaliações tem sido feitas em termos de quantidade dos atos, mas tem sido muito pouco os trabalhos que avaliam a qualidade dessas ações.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é fazer um diagnóstico da situação da Assistência Pré-natal na cidade de Campinas no ano de 1985, tomando como referência para comparação o ano de 1977.

Buscou-se interpretar os resultados pré-natais atuais a partir de mudanças ocorridas nos serviços de saúde da cidade nos últimos dez anos, procurando considerar simultaneamente variáveis outras que pudessem influir nestes resultados e prejudicar sua correta avaliação.

MATERIAL E METODOS

Os dados do presente trabalho, foram recolhidos de forma retrospectiva, de uma ficha pré-codificada, denominada Ficha Obstétrica (F.O.), que é preenchida por ocasião do ingresso da parturiente na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, já descrita em trabalho anterior (46).

A amostra é constituída por mulheres que internaram para parto naquela Maternidade, de 1º de Março a 31 de Agosto, dos anos de 1977 e de 1985. Escolhemos o ano de 1977, porque nele teve início a implantação da Ficha Obstétrica e começam efetivas modificações no Sistema Público de Atenção à Saúde; e o ano de 1985, quando iniciamos a coleta de dados, porque várias destas modificações já estavam consolidadas.

A F.O. codifica 4 fontes de cuidados pré-natais denominados:

01. - HC - pré-natal normal da UNICAMP
02. - AR - pré-natal de Alto Risco da UNICAMP, que recebe pacientes triados pelo pré-natal normal e pelos Postos e Centros de Saúde de Campinas e região, além de eventualmente pacientes referidas dos Ambulatórios do INAMPS e outros.
03. Paulínia - Centro de Saúde Escola de Paulínia, é uma unidade modelo, implementada por convênio entre UNICAMP, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Prefeitura de Pau-

04. Outros - Compreende Centros de Saúde Municipais e Estaduais de Campinas e região, além dos Ambulatórios do INAMPS, médicos particulares e Associações Beneficentes.

Analisamos conjuntamente, as categorias 03 e 04, no que denominaremos "Rede de Saúde".

As pacientes que não realizaram o Pré-Natal estão codificados como 00 e foram denominadas "Sem Pré-Natal".

Foram estudadas as seguintes variáveis: local de pré-natal, mês de início, nº de consultas, peso ao nascer, índice de Apgar no 1º e 5º minuto de vida, idade gestacional ao nascer, Mortalidade Perinatal, paridade, estado de união conjugal, idade materna, escolaridade, e intervalo interpartal.

Adicionalmente, para as pacientes que não fizeram pré-natal, em 1985, investigamos o motivo de não tê-lo feito, através de respostas dadas, por ocasião da internação para o parto.

Os resultados foram colocados em tabelas e, analisados percentualmente e pelo método do χ^2 , com comparações dos locais de pré-natal nos períodos estudados (1977 e 1985) e entre esses períodos. Nas análises estatísticas o nível de significação (p) foi fixado em 5%. Quando o resultado foi superior a esse nível relatou-se como "não significativo" (NS), caso contrário utiliza-se a representação numérica da significação.

Foram excluídas do estudo 7 pacientes que tiveram partos múltiplos, dado a interferência que essa situação pode provocar na análise final dos resultados.

Os dados de 1977, foram recolhidos de arquivo computacional já revisado, e os de 1985 diretamente através do manuseio das Fichas Obstétricas.

R E S U L T A D O S

LOCAL DE PRÉ-NATAL

A proporção de pacientes sem Pré-Natal caiu de 40,1% em 1977 para 12,3% em 1985 ($\chi^2 = 106,4$, $p < 0,001$), como se vê na Tabela 1.

A proporção de pacientes que fez Pré-Natal na Rede de Saúde cresceu de 18,4% em 1977 para 48,7% em 1985.

O número de pacientes que fez Pré-Natal na UNICAMP permaneceu relativamente estável, bem como sua distribuição no Pré-Natal normal e no Pré-Natal de Alto Risco, tendo havido pequena elevação da porcentagem de pacientes no Alto Risco em 1985, mas sem significância estatística ($\chi^2 = 1.2$, NS).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL (anos de 1977, 1985)

ANO	LOCAL								TOTAL
	SEM		HC		AR		REDE *		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1977	216	40,1	151	25,1	72	13,4	99	18,4	538
1985	65	12,3	129	24,4	77	14,6	257	48,7	528

*Esse grupo em 1985 compõe-se de 225 pacientes de postos estaduais os Municipais, 17 do INAMPS, 5 da PUCCAMP, 5 de Associações Beneficentes e 3 de clínicas privadas.

MÊS DE INÍCIO DE PRÉ-NATAL

Há uma sensível aporte no início precoce do Pré-Natal (tabela 2): em 1977, 35,7% das mulheres iniciavam o Pré-Natal antes do 5º mês e em 1985, 49,3% ($\chi^2 = 3,4$, $p \geq 0,05$).

O aumento foi verificado em todos os locais, embora tenha sido mais acentuado na Rede de Saúde (acréscimo de 39%), seguida pelo Pré-Natal de Alto Risco (acréscimo de 28%), ficando o Pré-Natal do HC com o acréscimo menor (23%).

Em 1977 a Rede de Saúde conseguia melhores índices que os Pré-Natais da UNICAMP, o que se acentua em 1985. ($\chi^2 = 5,8$, $p < 0,05$). Nesse ano o Pré-Natal de Alto Risco apresenta índices melhores que o Pré-Natal normal, embora sem significância estatística ($\chi^2 = 1,9$, NS).

O HC tem a melhor proporção de pacientes que iniciam precocemente, em 1985 (39.2%), estatisticamente inferior à proporção da Rede, onde 54,7% das mulheres iniciaram até o 4º mes ($\chi^2 = 7,7$, $p < 0.05$).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MÃES QUE INICIARAM O PRÉ-NATAL ATÉ O QUARTO MÊS DE GESTAÇÃO SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL (1977,1985)

LOCAL	ANO	
	1977	1985
HC	31,8	39,2
AR	38,9	50,0
REDE	39,4	54,7
TOTAL	35,7	49,3

NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS

Cresceu significativamente a proporção de pacientes que fizeram mais de quatro visitas ao Pré-Natal (de 49,7% em 1977 para 65,3% em 1985, ($\chi^2 = 17,9$, $p < 0,01$), (tab.3).

Esse crescimento foi verificado em todos locais, especialmente no HC e na Rede. No Alto Risco foi menor, mas esse local detinha maior proporção em 1977 e continua detendo essa posição em 1985. A Rede de Saúde tem proporções maiores que o HC, sem diferença estatística ($\chi^2 = 0,81$, $p < 0,05$, 1985).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE PACIENTES QUE REALIZARAM MAIS DE 4 CONTROLES DE PRÉ-NATAL, POR LOCAL DE PRÉ-NATAL (1977, 1985)

LOCAL	ANO	
	1977	1985
HC	43,0	59,8
AR	66,7	76,4
REDE	47,5	65,0
TOTAL	49,7	65,3

PESO AO NASCER

A Tabela 4 mostra redução significativa no índice geral de baixo peso (19,5% em 1977 para 14,2% em 1985, $\chi^2 = 5,2$, $p < 0,05$). Essa queda foi devida principalmente às pacientes sem Pré-Natal e às do HC, mas não há significancia estatística nessas quedas ($\chi^2 = 1,10$ para sem. e 2,7 para HC).

A queda observada na Rede é mínima (16,1 para 15,1%), também não revela significância estatística. Para as pacientes do Alto Risco houve até um pouco ascrescimo (16,6 para 19,2%), também não significativo.

Em 1985 os piores índices ocorreram nas pacientes sem Pré-Natal e no Alto Risco. Entretanto, não há significância estatística quando são comparados à Rede ($\chi^2 = 0,2$, NS, para a Rede e Sem. e para Rede e Alto Risco).

O Pré-Natal do HC conseguiu resultados sensivelmente melhores que a Rede, nesse ano ($\chi^2 = 4,3$, $p < 0,05$).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CRIANÇAS NASCIDAS COM ATÉ 2500gr SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL (1977, 1985).

LOCAL	ANO	
	1977	1985
SEM	25,3	19,0
HC	14,6	7,1
AR	16,6	19,2
REDE	16,1	15,1
TOTAL	19,5	14,2

ÍNDICE DE APGAR AO 1º MINUTO DE VIDA

A proporção total de crianças com índice de Apgar menor que 7 ao 1º minuto diminuiu significativamente, de 1977 para 1985 ($\chi^2=13,1, p<0,05$, tab.5). Essa queda foi verificada nos recém nascidos de mães que realizaram Pré Natal em todos os locais e também naquelas que não o realizaram, embora nessas o decréscimo tenha sido menos acentuado.

Apenas a Rede consegue significância estatística nessa redução ($\chi^2= 6,1$, $p < 0,05$ para a Rede 77 x 85, 2,7 para HC e 1,6 para sem, NS).

Em 1985 o Pré Natal do HC apresenta o melhor índice, embora não significativo, quando comparado aos demais, inclusive ao grupo Sem Pré-Natal, que apresenta a taxa mais elevada, com 12,9% de recém nascidos deprimidos no 1º minuto de vida ($\chi^2= HC \times Rede = 2,4$ NS, Rede \times Sem = 1,1, NS).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE RECÉM NASCIDOS COM ÍNDICE DE APGAR MENOR QUE 7 NO 1º MINUTO SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL (1977,1985)

LOCAL	ANO	
	1977	1985
SEM	20,2	12,9
HC	12,2	6,5
AR	22,9	12,1
REDE	22,1	11,6
TOTAL	18,6	10,6

ÍNDICE DE APGAR AO 5º MINUTO

Há uma redução significativa na proporção de crianças que apresentam índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto em 1985, em relação a 1977 de 11.0% para 2,5% ($\chi^2 = 8,9$, $p < 0,05$), como se vê na tab.6. Essa redução ocorreu em todos os grupos, inclusive nas pacientes sem pré natal.

Só pudemos calcular a significância dessa queda para a Rede de Saúde ($\chi^2 = 16,7$, $p < 0,05$).

Nos 2 períodos as pacientes do HC tem os melhores índices, sendo que em 1985 nenhum recém nascido do HC estava deprimido ao 5º minuto de vida. A Rede de Saúde e o Alto Risco tiveram melhoras significativas. Nesse ano em 1985 as pacientes que não fizeram Pré-Natal tem os piores resultados. Os cálculos estatísticos são prejudicados pela dimensão da amostra.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO ÍNDICE DE APGAR MENOR QUE 7 NO 5º MINUTO EM RECÉM NASCIDOS, SEGUNDO LOCAL DE PRÉ NATAL DA MÃE (1977,1985)

LOCAL	ANO	
	1977	1985
SEM	12,1	4,8
HC	6,0	-
AR	12,7	2,6
REDE	15,3	3,2
TOTAL	11,0	2,5

IDADE GESTACIONAL AO NASCER

Há uma redução significativa na taxa de prematuridade, que foi 18,2% em 1977 e 11,6% em 1985 ($\chi^2 = 8,6$, $p < 0,05$). Essa queda foi verificada em todos os locais, mas foi mais pronunciada nas pacientes dos Pré-Natais da UNICAMP, (HC e Alto Risco), e menor entre as que tiveram atenção pré-natal na Rede de Saúde (tabela 7).

Não há significância estatística nas diferenças entre 1977 e 1985 para nenhum dos grupos. ($\chi^2 = 3,2$ para HC, 0,5 para Rede, 1,7 para AR e 0,6 para os sem pré natal).

As mulheres sem Pré-Natal tem a maior proporção de recém-nascidos prematuros em 1985, (14,7%) apesar de não haver diferença estatística com as pacientes do HC, que detém os menores índices: (9,6%), ($\chi^2 = 1, NS$).

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE RECÉM NASCIDOS PREMATUROS,
SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL DA MÃE, (1977,1985).

LOCAL	ANO	
	1977	1985
SEM	19,4	14,7
HC	17,1	9,6
AR	21,7	12,3
REDE	14,6	11,7
TOTAL	18,2	11,6

MORTALIDADE PERINATAL

O índice de Mortalidade Perinatal que era de 59,5% em 1977, reduz-se para 41,7% em 1985, mas essa diferença não é estatisticamente significativa $\chi^2 = 1,7$, (tabela 8).

Na UNICAMP essa queda deve-se ao Pré Natal do HC, enquanto que o Alto Risco tem até um acréscimo, também não significativo ($\chi^2 = 0,03$).

Nas pacientes do HC, a queda deveu-se à redução tanto no número de natimortos quanto no de neo-mortos e no Alto Risco houve apenas pequena queda na Natimortalidade, com aumento de 40% na Neomortalidade.

Entre as pacientes sem Pré-Natal, uma queda de 17% na Mortalidade Perinatal deveu-se principalmente a queda na Nati-mortalidade (26%). Já na Rede, é o componente Neonatal que propicia uma queda de 50,5% para 38,9% da Mortalidade Perinatal.

Destacamos que, em 1985, o HC consegue um índice de Mortalidade Perinatal de 15,5%, 2,5 vezes menor que a Rede, 4 vezes menor que as pacientes sem Pré-Natal e 5 vezes menor que o Alto Risco, além de não ter ocorrido nenhuma morte neo-natal entre os recém-nascidos das pacientes que o frequentaram.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA NATIMORTALIDADE, MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE E PERINATAL, SEGUNDO LOCAL DE PRENATAL (1977, 1985) (por 1000 Nascimentos)

LOCAL	NATIMORTALIDADE		MORT.NEONATAL		MORT.PERINATAL	
	1977	1985	1977	1985	1977	1985
SEM	41,7	30,8	33,8	31,7	74,1	61,5
HC	26,5	15,5	13,6	-	39,7	15,5
AR	41,7	38,9	29,0	40,5	69,4	77,9
REDE	20,2	19,5	30,9	19,8	50,5	38,9
TOTAL	33,5	22,7	26,9	19,4	59,5	41,7

PARIDADE

Não há diferenças significativas na distribuição geral de paridade entre 1977 e 1985. Houve uma pequena diminuição na proporção de primigestas entre as pacientes sem Pré-Natal e uma diminuição mais acentuada entre as pacientes do Alto Risco (tab. 9).

O ambulatório de Alto Risco tem a proporção de nulíparas significativamente menor que os demais.

Em 1985, o Pré-Natal de Alto Risco conta com a maior proporção de grandes multíparas, e a Rede a menor, enquanto que o HC e também a Rede tem a maior proporção de nulíparas, entre os grupos estudados.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA PARIDADE SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL (1977 - 1985)

LOCAL	PARIDADE					
	0		1 a 4		5 ou +	
ANO	1977	1985	1977	1985	1977	1985
SEM	27,3	20,6	54,6	65,1	18,1	14,3
HC	30,5	31,8	54,9	49,6	14,6	18,6
AR	27,8	13,9	47,2	59,5	25,0	26,6
REDE	29,3	26,0	53,5	61,9	17,2	12,1
TOTAL	28,6	25,0	53,5	58,9	17,8	16,1

ESTADO DE UNIO CONJUGAL

Há uma redução significativa na porcentagem geral de mulheres sem parceiro estável entre 1977 e 1985 ($\chi^2 = 5,45$ $p < 0,05$). Isso também foi observada em todos os locais, exceto entre as pacientes sem Pré-Natal, em que há um aumento, não significativo ($\chi^2 = 1,2$, NS). (Tabela 10).

Também não são significativas as quedas observadas para o HC ($\chi^2 = 0,8$) AR ($\chi^2 = 2,2$) e Rede ($\chi^2 = 1,24$).

Entre as pacientes que frequentaram o Pré-Natal de Alto Risco, em 1985, está a menor proporção de pacientes sem parceiro estável. (11,8%), enquanto nas Sem Pré-Natal encontramos a maior (41,2%), sendo a diferença entre ela bastante significativa ($p < 0,001$).

A Rede e o HC tem proporções semelhantes (21,0%), que são significativamente menores do que as vistas entre as sem pré natal ($p < 0,001$).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES QUE RELATAM
NÃO TER PARCEIRO ESTÁVEL, POR LOCAL DE PRÉ-NATAL
(ANOS 1977 E 1985)

LOCAL	ANO	
	1977	1985
SEM	33,6	41,2
HC	25,8	21,1
AR	20,8	11,8
REDE	24,2	20,6
TOTAL	28,0	21,9

IDADE MATERNA

A proporção de pacientes adolescentes cai de 22,8% em 1977 para 15,3% em 1985 ($\chi^2 = 9,4$, $p < 0,05$). Essa queda foi observada em todos os locais, tendo sido mais significativa apenas no Pré-Natal de Alto Risco. ($\chi^2 = 6,1$, $p < 0,05$), tab. 11.

Em 1985, 23,5% das pacientes sem Pré-Natal, eram adolescentes, proporção maior que em todos os grupos, enquanto que no Alto Risco apenas 5,1% são adolescentes e no HC 13,2%.

Há significancia estatística na diferença entre a Rede e o HC ($\chi^2 = 6,5$, $p < 0,05$) mas não entre a Rede e as sem pré natal ($\chi^2 = 0,23$).

A proporção de gestantes mais idosas praticamente não variou nos períodos analisados. O Alto Risco se destaca com uma proporção maior (20,2%), em relação aos outros, sendo que o HC e sem tem as menores proporções ($\chi^2 = AR \times Sem = 4,6$, $p < 0,05$).

TABELA 11- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA FAIXA ETÁRIA MATERNA
SEGUNDO LOCAL DE PRÉ NATAL

LOCAL	IDADE					
	Até 19 anos		20 - 34		35 ou mais	
	1977	1985	1977	1985	1977	1985
SEM	29,1	23,5	61,1	68,7	9,8	7,8
HC	19,5	13,2	72,5	79,1	8,0	7,7
AR	18,1	5,1	61,1	74,7	20,8	20,2
REDE	17,2	17,6	73,7	72,4	9,1	10,0
TOTAL	22,8	15,3	66,6	73,9	10,6	10,7

ESCOLARIDADE MATERNA

A proporção de pacientes com até 2 anos de escola cai sensivelmente de 1977 para 1985 (53,7% para 31,1%, $\chi^2 = 51.5$, $p < 0,001$). Esse fato foi observado em todos os grupos, especialmente no Pré-Natal do HC. (tabela 12), onde caiu de 50,1 em 1977.

A proporção de mães com menos de 2 anos de escola em 1985, é maior nas pacientes que fizeram Pré-Natal na Rede de Saúde, (38,5%) e naquelas sem Pré-Natal (34,5%) : (não tem diferença significativa entre si, $\chi^2 = 2,13$), e é quase a metade no HC, (17,8%).

Nesse ano, no pré natal do HC, quase 1/4 dos pacientes (24,1%), tinham o primeiro grau completo.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ANOS DE ESCOLA CURSADOS PELA MAE, SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL (1977 e 1985)

LOCAL	ANOS DE ESCOLA					
	Até 2		3 - 7		8 e 9	
	1977	1985	1977	1985	1977	1985
SEM	54,1	34,5	41,1	65,5	2,4	0
HC	50,1	17,8	48,3	58,1	1,6	24,1
AR	49,3	25,9	51,4	67,5	0	6,6
REDE	56,1	38,5	43,9	52,2	0	9,2
TOTAL	53,7	31,1	44,8	57,8	1,5	11,4

INTERVALO INTERPARTAL

A proporção de mulheres que tem um intervalo interpartal de até 2 anos cai sensivelmente de 1977 para 1985, de 54,6% para 37,9% ($\chi^2 = 21,2$, $p < 0,05$, tabela 13). A queda mais significativa é observada no Pré-Natal de Alto Risco, e depois, na Rede e HC, que chegam a proporções semelhantes. A queda para mulheres sem Pré-Natal não é significativa ($\chi^2 = 0,29$).

Nos 2 períodos estudados, as mulheres sem Pré-Natal tem a maior porcentagem de intervalo interpartal curto. Entre os outros, locais não há diferença estatística significativa ($\chi^2=0,2$ HC x Rede e AR x Rede), mas no Alto Risco está a menor proporção.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MÃES QUE TIVERAM INTERVALO INTERPARTAL DE 2 ANOS OU MENOS, SEGUNDO LOCAL DE PRÉ-NATAL (1977-1985)

LOCAL	ANO	
	1977	1985
SEM	60,6	56,2
HC	56,3	38,2
AR	45,1	29,7
REDE	45,7	36,0
TOTAL	54,6	37,9

NOTIVOS QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO AO PRÉ-NATAL

Das 65 pacientes que não fizeram pré natal em 1985, tivemos 15 que não responderam à formulação.

Nas 50 restantes, o motivo mais comum alegado foi dificuldade de acesso aos Serviços de Saúde, por distancia ou problemas de transporte, que foi referido por quase 1/3 das pacientes (32%) (tab. 15).

Outras (28%) referiram motivos ligados ao desconhecimento da importância em frequentar o Pré-Natal, alegando que não sabiam dessa importância, não costumam ou não quiseram fazer, não sabiam que deveriam fazer ou iam começar "agora".

As restantes (24%), alegaram impedimentos pessoais, alguns vagos, como "não tinha tempo", outros mais concretos, como duas que responderam que não tinham com quem deixar os filhos e duas que estavam com familiar doente.

Apenas 10% dessas pacientes referiam a questão do trabalho fora do lar como impeditivo e só uma escondia a gravidez da família, enquanto duas disseram não saber que estavam grávidas.

TABELA 14 - MOTIVOS ALEGADOS PARA NÃO FREQUENTAR O PRÉ-NATAL

MOTIVOS	Nº	%
1º RELACIONADOS À POLÍTICA DE SAÚDE OU		
POLÍTICAS SOCIAIS	24	(48%)
Difícil acesso aos serviços	16	
Crítica aos serviços	1	
Migração	2	
Trabalho	5	
2º - RELACIONADOS AO DESCONHECIMENTO		
DA IMPORTANCIA	14	(28%)
Não achava importante	6	
Não sabia que deveria fazer	2	
Pretendia começar agora	1	
Não quiz fazer	4	
Não costumava fazer	1	
3º IMPEDIMENTOS PESSOAIS		
Não tinha tempo	2	
Problemas Pessoais	1	
Não "deu"	1	
Não tinha INPS e pensava que não podia	1	
Familiar Doente	2	
Não tinha com quem deixar o filho	2	
Escondia a gravidez da família	1	
Não sabia que estava grávida	2	

DISCUSSÃO

A) - ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Verificamos, na Maternidade da UNICAMP, uma redução notável no percentual de pacientes sem assistência pré-natal, (eram 40% em 1977 e são apenas 12% em 1985).

A esse fato correspondeu um crescimento no percentual de pacientes que receberam atenção no que denominamos Rede de Saúde. Essa, que compreende Postos de Saúde Estaduais e Municipais, Ambulatórios do INAMPS e clínicas privadas, ampliou-se a partir de 1977, especialmente através do aumento da oferta de serviços públicos, descentralizados, de fácil ou melhor acesso aos moradores de bairros periféricos, em geral os mais carentes.

Esta constatação demonstra de modo incisivo o efeito benéfico que se pode conseguir com uma política de distribuição de serviços, tornando o acesso mais fácil à gestante, anulando as dificuldades práticas habitualmente alegadas para o não comparecimento aos serviços disponíveis e derrubando conceitos anteriores de que o problema se reduzia à não educação da população.

Além de maior frequência aos serviços, também é notório o efeito da maior eficiência do sistema de atenção pré-natal, observado por uma captação mais precoce e um número mais adequado de controles durante o período gestacional.

Em 1985, houve nítida redução na proporção de pacientes que iniciaram tardiamente o pré-natal, ou que tiveram pequeno número de controles.

Na Rede, a observação destes resultados é mais evidente e mais uma vez não há dificuldade em se atribuir este desempenho a sua expansão, melhor qualificação e inserção na comunidade.

O Pré-Natal de Alto Risco só recebe pacientes encaminhados e portanto não pode participar dessa comparação. Os critérios desse encaminhamento foram padronizados pelo Colegiado do Pró-Assistencia I. Na prática, os Centros de Saúde não conseguem seguir a risca essas determinações, pois as pacientes tem dificuldades de se deslocarem até o Hospital Universitário, que está situado em área distante dos bairros mais populares.

Apesar dos dados positivos em relação a atenção pré natal, ainda coexistimos com 12% de parturientes que não tiveram nenhum acompanhamento e das que o tiveram, mais da metade não tem bom padrão de seguimento, iniciando tardiamente ou não comparendo aos retornos preconizados.

Entre as pacientes sem pré natal, a justificativa mais comum é dificuldade de acesso a serviços, comprovando o que pensamos e provando que investimentos neste setor poderão trazer benefícios imediatos. Em algumas situações não é nem preciso criar serviços ou contratar pessoal: eles já existem, mas estão fazendo com que a espera seja grande e isso assusta a gestante, especialmente a que tem crianças pequenas para cuidar ou outras dificuldades pessoais ou familiares.

O trabalho fora do lar não foi motivo impeditivo muito grande, já que apenas 10% o referiam e os dados do IBGE mostram que mais de 30% da população na faixa etária reprodutiva tem vínculo empregatício.

B)- RESULTADOS GESTACIONAIS

Já foi comprovado por vários autores e comentado anteriormente, a relação direta entre frequência ao pré-natal e melhores resultados gestacionais. Citaremos ainda Laurentii, (1972) que na cidade de São Paulo, observou um índice de Mortalidade Perinatal de 45,6% em pacientes com menos de 5 consultas e 28,2% para as que tinham 6 ou mais (29). Mauad, em 1983, observou incidência maior de prematuridade e fetos deprimidos nas gestantes com início tardio de Assistência Pré-Natal, trabalhando na

cidade de Ribeirão Preto, (33). Estas observações da literatura permitem-nos admitir que as transformações por nós detectadas no sistema, tenham sido responsáveis pela melhoria dos indicadores analisados.

De fato, pôde ser observado uma modificação positiva dos resultados gestacionais durante o ano de 1985: de todas as variáveis analisadas, apenas a Mortalidade Perinatal não apresenta resultados significativos em relação à 1977, embora as taxas sejam sensivelmente inferiores. São significativas as quedas nos índices de Baixo Peso, Prematuridade, Apgar menor que 7 no 1º minuto e especialmente no 5º minuto de vida. Discutiremos a seguir as particularidades de cada variável.

1. Peso ao nascer

A significativa redução no índice de Baixo Peso, observada em 1985, pode ser observada em todos os locais estudados, exceto no Alto Risco. Na Rede, essa queda foi desprezível, e também não se demonstrou diferença estatística na redução observada entre os recém nascidos das pacientes sem pré-natal e do HC, nem no incremento observado entre as pacientes do Alto Risco. Apenas o resultado geral revela essa significancia.

Comparado aos outros, o HC alcança um resultado significativamente melhor em 1985, com apenas 7,1% das crianças nascendo até 2500 gr. A Rede tem o dobro dessa proporção (15,1%)

e as pacientes sem pré-natal tem taxas semelhantes às do Alto Risco (19%), embora não se observe significância estatística na diferença entre este e a Rede.

A taxa geral de 14,2% é ligeiramente superior à encontrada em outras Maternidades do Brasil. Laurentii (29) observou 11,8% de crianças nascidas com peso abaixo de 2500 gr. na cidade de São Paulo, enquanto Martinez (61) encontrou 10,5% no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Importante, como comparação, para ressaltar nossas carências, é o índice da Inglaterra, relatado por Chamberlain, (15), de apenas 6,9% e estável há mais de 30 anos.

Este indicador é um importante sinal de padrão de saúde de uma comunidade, uma vez que está intimamente relacionado com a sobrevivência do concepto. Carvalheiro (14) observou que os coeficientes de Mortalidade Perinatal são muito mais elevados quando o peso é menor que 2500 gr. Esse autor refere que os avanços na Neonatologia já conseguiram diminuir pela metade a Mortalidade Neonatal dessas crianças, especialmente a partir dos anos 60, embora as reduções mais significativas dependam da prevenção de sua ocorrência.

Costa (16), na Maternidade Mario Totta de Porto Alegre, observou que 10,9% das crianças nasceram com menos de 2500 gr. em 1980 e destes, 61,3% eram prematuros, o que é uma condição que frequentemente se encontra associada ao baixo peso. Não

fizemos essa correlação, por não ser este o objetivo do presente trabalho, mas cremos que nossas populações são bem semelhantes.

2. Índice de Apgar no 1º minuto de vida

Em 1985, foi significativamente menor o percentual de nascimentos de crianças deprimidas (índice de Apgar abaixo de 7 ao 1º minuto de vida),

Essa queda foi observada em todos os grupos analisados, mas só a Rede conseguiu redução com inequívoca significância.

As pacientes sem Pré-Natal apresentaram as piores taxas em 1985 (12,9%), superiores mesmo às provenientes dos ambulatórios de Alto Risco (12,1%). A Rede tem 11,6% e o HC consegue índices significativamente melhores que os outros, com 6,5%.

Observa-se assim, à exceção daquelas Sem Pré-Natal, que em quase todos os locais houve uma redução à metade das taxas verificadas em 1977.

O índice de Apgar no 1º minuto, é uma medida da vitalidade do recém-nascido relacionado às condições em que a mãe chega ao trabalho de parto e ao atendimento prestado na Maternidade (3). Mede grau de asfixia e a necessidade de respiração controlada, segundo Behrman, (10) que afirma ainda que a Mortalidade

Perinatal dos recém-nascidos de baixa pontuação de Apgar é quase 15 vezes maior do que os de alta pontuação.

O índice geral na Maternidade, de 10,6%, é inferior aos 17,6% encontrado por Martinez (61) em Ribeirão Preto (1983), que por sua vez é da mesma magnitude dos nossos no ano de 1977. São taxas que revelam, sem dúvidas, condições melhores, não só no momento de início do trabalho, de parto por melhor assistência preventiva, como também às melhores condições de atenção ao parto experimentadas em nosso Serviço.

3. Índice de Apgar no 5º minuto

A este indicador, Behrman atribui maior valor prognóstico quando à sobrevida ou anormalidades neurológicas no 1º ano de vida (10).

O percentual de crianças que tiveram índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida, apresentou redução muito significativa entre 1977 e 1985. Esta redução foi de aproximadamente 4.5 vezes.

A queda observada decorreu de uma redução da taxa de recém-nascidos deprimidos em todos os grupos estudados, inclusive naqueles sem qualquer tipo de assistência pré-natal. Este último fato pode ser implicado à afirmação acima de melhorias experimentadas na atenção ao parto e cuidados neonatais.

Em 1985, entre os pacientes do HC, não houve nenhum recém-nascido com esse mau resultado. A Rede de Saúde, apesar de ter conseguido uma melhora mais significativa, alcança um índice (3,2%) pior que o Alto Risco (2,6%), não havendo significância estatística nessa diferença. As pacientes sem Pré-Natal produzem a taxa mais alta (4,8%), também sem significância em nossa amostra.

Esse indicador sofre muita influência das condições de atendimento ao recém-nascido, mas essas só são efetivas se os cuidados ante e intra-parto foram eficientes. Além disso, carrega uma carga de subjetividade e possibilidades de erro, por depender de observação qualitativa num tempo determinado, mas sendo realizado por uma equipe homogênea e constante, é bastante confiável.

Martinez (61), encontrou uma proporção de 7,5% de recém-nascidos que estavam deprimidos no 5º minuto de vida, entre os nascidos no HC de Ribeirão Preto, taxa bem superior aos 2,5% observada na UNICAMP em 1985. Pelo exposto acima, a comparação com outros serviços foi prejudicada.

4. Prematuridade

A idade gestacional ao nascer foi calculada pelo método de Capurro (13), que além de ser um modo de avaliação re-

lativamente simples de ser utilizado, tem excelente correlação com a idade gestacional conhecida e calculada pelo último episódio menstrual. Sua utilização justifica-se pelo alto índice de desinformação que nossas pacientes revelam sobre este episódio, e porque, realizada por uma equipe treinada e homogênea, oferece excelentes condições de comparabilidade.

Menos de 12% das crianças nascerem com idade gestacional abaixo de 38 semanas em 1985, enquanto em 1977 foram 18%, e a diferença é altamente significativa.

Essa redução foi observada em todos os grupos, embora não haja significância estatística em nenhuma delas em particular.

O HC, que conseguiu a redução maior, alcança em 1985, os melhores resultados, com 9,6%, embora esse valor não demonstre significância estatística, quando comparado aos demais.

Essa proporção, entre pacientes da Rede, (11,2%), é menor que a observada para as do Alto Risco (12,3%), sem significância estatística, o que também pode ser observado ao compará-la com as pacientes sem pré-natal, que tem a taxa mais elevada de prematuridade (14,2%).

A prevenção de nascimentos prematuros, é considerada estratégia extremamente valiosa para diminuir a morbimortali-

dade perinatal. Na França, o programa "Perinatalité", tinha como meta principal atacar esse problema e conseguiu reduzir o índice, de 6,2% em 1974 para 2,5% em 1978, através de procedimentos preventivos (17).

Papiernik (43) desenvolveu uma escala de risco para parto prematuro, onde ressalta a importância de fatores sociais como baixo nível sócio-econômico, gravidez ilegítima, desamparada, baixo peso e estatura maternos, trabalho estafante, esforços exagerados, tabagismo, perdas de peso ou ganhos excessivos, antecedentes maternos e presença de mal formações uterinas, além de pielonefrite, hipertensão e condições como a gravidez gemelar, polidramnio e placenta prévia.

Identificada a paciente de risco de ter o parto prematuro, ela deve ser orientado no reconhecimento precoce dos sinais de trabalho de parto, para que a intervenção médica seja oportuna e eficiente.

Martinez (61) afirma que, também em nosso meio, a prevenção da prematuridade continua sendo um dos fatores mais importantes para a redução da Mortalidade Perinatal. Ele encontrou 15% de nascimento com menos de 38 semanas de idade gestacional em Ribeirão Preto.

Além da repercussão na redução da mortalidade e morbidade neo-natal, a diminuição na taxa de prematuridade também

traz grandes benefícios econômicos e sociais, dado o alto custo de atenção à essas crianças no berçário e principalmente pela diminuição da ocorrência de enfermidades, especialmente no 1º ano de vida.

5. Mortalidade Perinatal

Constatou-se, em 1985, 42,7 mortes até o 7º dia de vida em cada 1000 gestações com mais de 28 semanas. Em 1977 eram 59,5 e, apesar dessa redução não demonstrar significância estatística, a melhora é inquestionável. A queda desse índice entre pacientes que não tiveram assistência pré natal foi apenas de 17%, enquanto que as da Rede mostram uma redução em 23% e as do HC 61%.

O Pré-Natal de Alto Risco produz os piores índices em 1985 (77,9%), tendo mesmo havido uma elevação em relação a 1977, mas as pacientes sem pré-natal também tem índices acima da média (61,5%), enquanto as da Rede tem a metade do Alto Risco (38,9%) e o HC um quarto (15,5%). É importante ressaltar que o comportamento da mortalidade para os recém nascidos de mães sem pré-natal é o que mais se aproxima daqueles cujos mães foram seguidos no Alto Risco, que são naturalmente o grupo que tem maiores probabilidades de morte.

A queda geral se deu-se tanto nos óbitos fetais quanto neonatais, em todos os grupos, exceto no Pré-Natal de Alto Risco, que tem um aumento de Mortalidade Neonatal.

Este achado tem explicações no fato de que uma boa assistência no Alto Risco, determina a interrupção de gravidezes mais precoces, justificando-se assim a redução da natimortalidade e até algum acréscimo da mortalidade.

Laurentii encontrou um coeficiente de Mortalidade Perinatal de 35,2% na cidade de São Paulo. Os índices comparativamente superiores apresentados na UNICAMP podem ser explicados de várias maneiras, incluindo a alta concentração de alto risco que apresenta, por ser Hospital de Referência regional e pelo fato de que os números de Laurentii não discriminam as pacientes de baixo e alto risco, como aqui procedemos. Nota-se, entretanto, que os índices gerais aproximam-se bastante.

Em levantamento na Maternidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Amin & Montenegro (1) encontraram um índice de 31%, sendo 18% a Natimortalidade e 13% a Mortalidade Neonatal. A Natimortalidade foi determinada, em 92% das vezes, por anóxia, anomalias congênitas e infecções, enquanto 94,4% d Neomortalidade foi associada à "Síndrome de Angustia Respiratória" e infecções. Estas foram responsáveis por 40.0% dos óbitos totais.

Carvalho (14) 23/00 encontrou de prevalência de natimortalidade em Ribeirão Preto. Moraes, (37) em Santa Maria, observou variação no coeficiente de Mortalidade Perinatal de 50%.

para 32% e 41% em 3 períodos anuais que se estendiam de 1º setembro a 31 de agosto dos anos 79, 80 e 81. Atribui essas variações à mudança na rotina do serviço em que trabalhava, introdução da cardiocotografia ante e intra parto, discussões anátomo-clínicas periódicas na Maternidade, um programa de preparação para o conscientizado e principalmente a uma consistente ampliação, a exemplo da região de Campinas, no que tange à capacidade de atendimento pré-natal.

As relações entre Mortalidade Perinatal, baixo peso ao nascer, prematuridade e fetos deprimidos já são bem claras e foram comentadas anteriormente.

Concluindo, notamos que todos os resultados gestacionais melhoraram em 1985, e, para tanto, contribuíram, com maior intensidade, o Pré-Natal do HC, e em menor escala, a Rede. Esta, que desempenhou o maior papel quanto à frequência ao pré-natal, não conseguiu os melhores resultados apesar de ter avanços significativos especialmente em relação ao nascimento de crianças com boa vitalidade, mas não teve o mesmo sucesso com o peso do recém nascido, e os índices de prematuridade e mortalidade perinatal.

Comparando-se ainda, o grupo de pacientes que não teve nenhuma Assistência Pré-Natal com todos os outros, buscando-se o Risco Relativo determinado por essa condição observamos: 1,4 para baixo peso, 1.3 para Apgar menor que 7 no 1º minuto e prema-

turidade, 1,5 para Mortalidade perinatal e 1,6 para Apgar baixo ao 5º minuto de vida.

Portanto, o simples fato de ter algum cuidado pré-natal, mesmo que insuficiente, como foi observado para mais de 50% de nossas pacientes, traz benefícios em todos os sentidos especialmente nas possibilidades de sobrevivência do recém-nascido e sua qualidade de vida.

C) - CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS

A Maternidade da UNICAMP recebe principalmente pacientes de baixa renda de Campinas e região, além de eventuais docentes, estudantes e funcionários da própria Universidade.

Estudamos as seguintes características: paridade, estado de união conjugal, idade, anos de escola e intervalo do último parto. Excetuando-se a primeira, todas as outras apresentam modificações sensíveis entre 1977 e 1985.

Comparamos os diferentes grupos em relação a esses fatores, buscando a semelhanças e diferenças que possam ter atuado no resultado gestacional.

1. Paridade

A nuliparidade e a grande multiparidade são associados por todos os autores à "risco gestacional".

Nesbitt (41), em sua configuração de um "Índice de Assistência à Saúde Materno-Infantil", atribuiu 10 pontos de risco para nulíparas, 5 pontos para mulheres com 4 a 7 partos e 10 para as que tiveram 8 ou mais. A paridade 1 a 3 não obtém pontuação alguma, e o Alto Risco é caracterizado quando a gestante perfaz mais de 30 pontos.

Goodwin (23), atribui 1 ponto para nulíparas e 2 pontos para as que tem mais de 5 partos, em uma escala em que se consideram de Alto Risco, mulheres que tem 4 pontos ou mais.

Na população em estudo, a proporção de nulíparas e de grandes múltiparas, praticamente não variou entre 1977 e 1985.

Não há variação de grandes múltiparas em nenhum grupo, o que é surpreendente, dado o aumento do consumo de métodos anticoncepcionais nesse região.

A taxa de nulíparas caiu de 27,3% para 20,6% entre as pacientes sem pré-natal, mas não há significância nessa diferença. O HC e a Rede mantém as mesmas proporções e só há variação significativa para as pacientes do Alto Risco que eram 27,8% em 1977 e 13,9% em 1985. Esta variação pode ser explicada pela ins-

talação de um serviço próprio de pré-natais para adolescentes, criados a esta época, que retira do grupo de Alto Risco, mulheres de menos de 18 anos, geralmente nulíparas.

Em 1985, entre os grupos, só se destaca o Pré-Natal de Alto Risco, que tem uma proporção significativamente maior de multíparas, e menor de nulíparas. Como essas pacientes são triadas pela Rede ou pelo HC, concluímos que a nulíparidade não se associou a outros fatores que configurassem risco aumentado.

2. União Conjugal

O estado de união conjugal, só tem interesse quando separamos as pacientes que tem amparo de um companheiro, das que provavelmente tem gravidez indesejada e portanto, em condições adversas, tanto a nível psicológico quanto econômico e social.

Há uma redução significativa na proporção de pacientes que referiram não ter companheiro fixo (isto é, nem casadas, nem amasiadas), na Maternidade da UNICAMP, entre 1977 e 1985.

Essa redução não foi constatada para pacientes sem Pré-Natal, apesar de não haver significância no incremento observado. Também não se constata significância na queda apresentado pelas pacientes dos diferentes locais.

Em 1985 é significativa a maior proporção dessas mulheres entre as sem assistência Pré-Natal e a menor proporção entre as pacientes do Alto Risco. A Rede e o HC tem proporção semelhantes.

Sabatino (50), comparando pacientes com e sem parceiro estável na Maternidade da UNICAMP, em amostra abrangendo os anos de 1977, 78 e 79, não encontrou diferença significativa entre os índices de Mortalidade Perinatal nesses grupos.

A tabela de Nesbitt (41) acrescenta 5 pontos de risco quando as pacientes são solteiras. Já Goodwin (23), entre outros, não contempla essa situação.

3. Idade

Vários autores creditam aumento do risco na grávida adolescente (menor de 20 anos, segundo OMS). Outros não encontram essa correlação, como Pinto e Silva (46), que em avaliação na Maternidade da UNICAMP, concluiu pela não existência de danos à gravidez pela condição de adolescente, mas sim pela coincidência dessa faixa etária com a nuliparidade e condições sociais desfavoráveis: é a jovem solteira, sem apoio familiar, com gravidez indesejada.

O risco aumentado das idades mais avançadas é universalmente reconhecido. Nesbitt (41) atribui 20 pontos para gestan-

tes com menos de 15 ou mais de 40 anos, 10 para as de 15 a 19 anos e 35 a 39 anos, 5 para as que tem entre 30 a 34 anos, não dando pontuação alguma apenas para as que tem de 20 a 29 anos, o que equivale a considerar esta faixa como o de menor risco gestacional.

Goodwin (23), por outro lado, só reconhece problemas para as mulheres com mais de 34 anos, às quais atribui 1 ponto e, se com mais de 40, 2 pontos .

Hobel (25), só considera como fator de risco, idades maiores de 34 e menores de 16 anos.

Em nossa amostra, reduziu-se significativamente a participação de adolescentes, de 22,8% em 1977 para 15,3% em 1985. A proporção de gestantes idosas não teve modificações.

A redução de adolescentes não foi observada na rede e foi muito acentuada no Pré-Natal de Alto Risco. A explicação para este fato foi dada acima.

Todos os grupos mantiveram as mesmas proporções de gestantes mais idosas.

Em 1985, entre as pacientes sem pré-natal é significativamente maior a proporção de adolescentes (23,5%), enquanto o Alto Risco, tem a maior de grandes múltíparas.

A distribuição etária na Rede e no HC apenas tem diferença significativa em relação à adolescentes, que são mais frequentes na Rede. Esta situação vem de encontro à idéia de que estas pacientes, muito jovens, normalmente arredias por várias razões à buscar assistência pré-natal, o farão com maior frequência e persistência, quando se lhes oferecer serviços mais próximos de suas comunidades e mais inseridos dentro de suas próprias realidades.

4. Intervalo Intergestacional

Park (42), afirma que "há achados consistentes de associação entre mortalidade infantil e curto intervalo entre partos, especialmente em países em desenvolvimento. Tal associação independe da idade materna e da paridade: em termos de risco relativo, um intervalo interpartal maior que 24 meses aumenta a chance de sobrevivência infantil em 25%, segundo esse autor.

Nosso estudo observou que quase 40% das pacientes que já tinham partos anteriores, estavam tendo o seguinte com intervalo de até 2 anos. Apesar de ser uma proporção bastante alta é significativamente inferior ao observado em 1977, que foi de 55%.

A redução foi maior no Pré-Natal de Alto Risco, em que 30% das multíparas tiveram intervalo curto. Apesar do resul-

tado ser melhor, a coexistência de 30% de mulheres de Alto Risco que já tiveram um parto nos 2 anos anteriores, seguramente não pode levar a bons resultados.

Nos Pré-Natais da Rede e do HC, também há redução significativa na proporção dessas mulheres, quando comparados os dados de 1977 e 1985, mas entre as Sem pré-natal a queda é insignificante.

Em 1985 entre as pacientes da Rede, do HC e do ambulatório de Alto Risco, não há diferenças significantes, mas as pacientes sem pré-natal tem uma proporção maior de curtos intervalos. Provavelmente o fato de ter tido gestação há pouco tempo é fator impeditivo à procura de serviços pré-natais.

Concluindo, constatamos ter havido mudanças de várias características populacionais entre 77 e 85, e que também os grupos analisados tem algumas de semelhanças, embora estas não sejam significativas. As pacientes sem Pré-Natal e as da Rede tem semelhanças marcantes em relação à escolaridade, idade, paridade, diferindo apenas em relação ao estado de união conjugal.

Já entre a Rede e o HC, observa-se maior proporção de nulíparas e adolescentes na primeira. Provavelmente estes 2 fatores estão interrelacionados, sendo a paridade condicionada pela idade. Também diferem significativamente em termos de escolaridade, que é muito melhor no HC.

Por outro lado, as pacientes Sem Pré-Natal tem características nitidamente diferentes da população do Alto Risco, exceto na paridade, mas os resultados gestacionais são muito semelhantes entre elas.

D) - MOTIVOS QUE IMPEDIRAM A FREQUÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Entre as características analisadas foi muito frequente, entre as pacientes, sem pré natal, não ter parceiro estável e ter tido um parto há menos de 2 anos

Nos motivos explicitados por tais pacientes, esses fatores não aparecem: só 2 mães referiram que não puderam frequentar o pré-natal por não ter com quem deixar o filho pequeno e uma terceira escondia a gravidez da família.

Os motivos que mais impediram a frequência estavam relacionados com dificuldades de acesso à serviços de saúde: eram distantes e o transporte deficiente e caro.

Respostas que demonstram desconhecimento da importância em ter cuidados pré-natais, tais como "não costumo fazer",

não quis", "não acho necessário", são frequentes, demonstrando a importância ainda de ações de conscientização e educação.

A descentralização de serviços de saúde de boa qualidade, e com bom grau de resolutividade, com profissionais capacitados e tecnologia de pequena sofisticação, preparados para ações educativas, é a estratégia mais importante para conseguir melhora na frequência ao pré-natal.

O aconselhamento anticoncepcional no pós-parto, seria uma outra ação capaz de diminuir a incidência de partos a curtos intervalos, geralmente indesejados, que impõem uma sobrecarga ao organismo materno e dificultam a procura pelos serviços existentes.

CONCLUSÕES GERAIS

1. Houve melhora na Assistência Pré Natal na região de Campinas no ano de 1985, quando comparado com 1977, que foi devida, sobretudo á ampliação de uma rede descentralizada de Postos de Saúde.
 2. Houve melhora de resultados gestacionais (Peso e Idade Gestacional ao Nascer, Vitalidade do Recém Nascido e Mortalidade Perinatal) nesse mesmo período, que se correlaciona com a melhora da Atenção Pré Natal.
 3. A melhora dos resultados gestacionais em 1985 foi mais evidente nas populações que frequentaram o pré-natais da Rede e do HC.
 4. Fatores relacionados ao desempenho perinatal, como estado civil, idade, escolaridade e intervalo interpartal também tiveram modificações nesse período.
-
-

COMENTARIOS

No decorrer desse trabalho observamos que, em Campinas, ocorreram modificações positivas em padrões de saúde, em um curto intervalo de 8 anos.

Essas modificações foram consequência de ações que ampliaram o acesso à cuidados pré natais e à reorganização e integração dos serviços existentes.

Nas atuais condições brasileiras não são necessários altos investimentos em tecnologia sofisticada para se alcançar melhores níveis de saúde. A implantação de uma rede básica, que tenha como retaguarda serviços mais complexos, para onde sejam encaminhados as pacientes que realmente necessitem de atenção especializada é a estratégia mais viável.

Essas constatações revelam a necessidade de uma avaliação rigorosa das políticas implementadas. Acreditamos que os indicadores frequentemente utilizados, como número de consultas, atos médicos ou leitos por habitantes e os levantamentos de mortalidade são insuficientes para essa avaliação.

Os resultados observados, relacionados aos serviços existentes, podem trazer contribuições que permitam comprovar acertos e detectar deficiências que devam ser corrigidas.

Não podemos esquecer que, apesar da melhora observada, nossos índices ainda estão bem aquém de valores já conquistados por outros países, alguns tão pobres como o nosso.

A atenção pré natal é um mecanismo já consagrado de prevenção e detecção precoce de patologias que podem causar danos à saúde da mãe e do recém nascido, além de prestar-se à difusão de conhecimentos e à educação em saúde.

Constatamos que mais da metade de nossos pacientes não tiveram um bom acompanhamento pré natal, o que explica, mas não justifica, resultados desfavoráveis.

Hoje, na região de Campinas há uma boa oferta de serviços e profissionais de saúde, mas ainda existem áreas desassistidas, cujas populações tem dificuldades para utilizá-los, procurando, geralmente o hospital, quando já tem quadros agravados.

Mesmo os serviços existentes ainda tem que aprimorar-se para responder aos desafios da prática diária, onde usuário sem condições de seguir prescrições ou adquirir medicamentos se cruzam com profissionais despreparados ou inconscientes de seu papel, ou ainda, que trabalham em más condições, sem infraestrutura adequada, com baixos salários.

Enfim é esse quadro difícil que devemos modificar. Observar um dado positivo é muito gratificante e nos convida a persistir.

BIBLIOGRAFIA

1. AMIN Jr., J. & MONTENEGRO, C.A.B.: Mortalidade Perinatal na Maternidade Escola da UFRJ no ano de 1982. - Rev. Bras. Ginecol. Obst., 6 : 236-238, 1984.
2. ALVARENGA, A.T.: O conceito de risco na área materno infantil. São Paulo, 1982. Tese de Mestrado Faculdade de Saúde Pública - USP.
3. APGAR, V.: Proposal for new method of avaluation of newborn infant. Anesthesiol. Analges., 32 : 250, 1968.
4. BALLANTYNE, J.w.: Pregnancy Care. Br. Med. J., 1: 813, 1901.
5. BARROS, M.B.: Considerações sobre a Mortalidade no Brasil em 1980. Rev. Saúde Públ. S.Paulo, 18 : 122 - 37, 1984.
6. BELIZAN, J.M., LECHTY, A. & Villar, J.: Distribution of low birth weight babies in developing countries, Am.J.Obstet. Gynecol., 132 : 704-05, 1978.
7. BELIZAN, J.M. et al.: Assistencia de embarazados a la consulta pre natal em maternidades publicos de Rosario - Argentina, Bol. Of. Sanit. Panam., 86 :121, 1979.

8. BELIZAN, J.M. et al: Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method measurement of uterine length, Am. J. Obst. Gynecol., 151 : 615 - 646, 1978
9. BERAL, V.: Reproductiva Mortality, BR. Med. J. 15 : 632-34, 1979.
10. BERHMANN, R.E.: Exame físico. In: . Tratado de Neonatologia; enfermedades del feto y del recién nacido. Buenos Aires, Panamericano, 1976. p. 103-05
11. BOWES Jr., W.: A review of perinatal mortality in Colorado 1971 to 1978 and its relationship to the regionalization of perinatal services. Am. J. Obstet. Gynecol., 141 : 1045, 1985.
12. CANDEIAS, M.F.: Assistência pré-natal: conhecimentos, atitudes e prática de mulheres internadas no serviço de obstetrícia de um hospital do município de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Publ., 14 : 427-438, 1980.
13. CAPURRO, H. & KONICHEZKY, S.: Nuevo método para diagnosticar la idade gestacional en el recién nacido. Reunion Assoc. Latino- Amer. Invest. Reprod. Hum. (ALIRH). 5a., Buenos Aires, 1972. Resumen en las actas del Congreso.

14. CARVALHEIRO, C.D.G.: Estudo de Mortalidade Perinatal em Ribeirão Preto, 1970. Tese - Doutorado (Fac. Medicina de Ribeirão Preto - USP)
15. CHAMBERLAIN, G.: Background to perinatal health, *Lancet*, 17 : 1061- 1055, 1979.
16. COSTA, P.L. et al : Análise perinatal de 1017 recém-nascidos com peso superior a 1000 gr na Maternidade Mario Totta, no ano de 1982. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 6 : 175 - 178, 1984.
17. COSTA, C. F.F. et al : Incidência de prematuridade na Maternidade Prof. Monteiro de Moraes no de 1977. *J. Bras. Ginec.* 87 : 99- 101, 1979
18. DAVID, R.J. & SEIGEL, E: Decline in neonatal mortality 1968-1977. Bether babies bether or care?, *Pediatrics* 71 : 531, 1983.
20. FAUNDES, A.; HARDY E, DIAZ, J.& PINOTTI, J.A. - Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome. The influence of prenatal care as an intermediate variable. *J. Perinat. Med.*, 10 : 105-113, 1982.
21. GENTILE DE MELLO, C.: Saúde e Assistência Médica no Brasil, CEBES-HUCITEC, Rio de Janeiro, 1977.

22. GOLDENBERG, R. et al : Neonatal deaths in Alabama, 1970 - 1980: an analysis of birth weight and race specific neonatal mortality rates. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 145 : 545-552, 1983.
23. GOODWIN, J.W.; DUNNE, J.T. & Thomas, B.W. Antepartum identification of the fetus et risk. *Canad. Med. Assoc. J.*, 101 : 59, 1969.
24. GUIMARXES, M.S. : Estudo comparativo dos fatores intragestacionais associados à morbimortalidade perinatal em diferentes sistemas de saúde. *J. Bras. Ginec.*, 96 : 11-13, 1986.
25. HOBEL C. J. Better Perinatal Health - USA. *Lancet*, 1 : 31-33, 1980.
26. HORON, I.L. et al : Birth weights among infants born to adolescent and young adult women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 146 : 444, 1983.
27. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: Censo Demográfico - Dados Gerais: Migração - Instrução - Fecundidade Mortalidade. Recenseamento geral do Brasil, 1980 - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 1983.

28. KLEINMAN, J.C. et al: A comparison of 1960 and 1973 - 1974 early neonatal mortality in selected states. *Am. J. Epidemiol.*, 108 : 454 - 469, 1978.
29. LAURENTII, R. & BUCHALLA C.M.: Estudo da morbidade e mortalidade perinatal em maternidades. Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré natal e hábito de fumar da mãe. *Rev. Saúde Publ. S. Paulo*, 19 : 225-32, 1985.
30. LEE K.S. et al: Neonatal Mortality: An analysis of the recent improvement in the United States. *Am. J. Public Health*, 70 : 15 - 21, 1980.
31. LESSER, A.J.: Maternity care in low income families. *Obstet. & Gynecol.* 29 : 295-301, 1967.
32. LIPP U.G.; Garcia; S.A.L.; Lima, G.R. & Melo E.: Mortalidade Materna no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira. *Rev. Bras. Gynecol. Obstet.*, 3 : 14-19, 1981.
33. MAUAD F., F. et al : Assistência pré natal I Aspectos obstétricos. *Rev. Bras. Gynecol. Obstet.* 7 : 131-134, 1985.
34. MAUAD F., F. et al - Assistência pré natal II. Aspectos perinatais. *Rev. Bras. Gynec. Obstet.*, 7 : 135-138, 1985.

35. MEMORIAL DO I ENCONTRO MUNICIPAL DO SETOR DE SAÚDE - Campinas, 1978 (mimeo).
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Estatísticas de Mortalidade, 1980.
37. MORAIS, E.N. et al : Fatores determinantes nas variações das taxas de mortalidade perinatal. J. Bras. Ginec. 94 : 81-85, 1984.
38. MORTON, R.F.: Letter to editor: Intervention to reduce neonatal mortality. Am. J. Obstet. Gynecol., 148 : 229-230, 1984.
39. NEIVA, J.G.: Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia-Reprodução Humana, 21a., 1982 o Forum de debates (mimeo).
40. NESBITT, R.E.L.: Role of preventive medicine in reduction of infant and perinatal mortality. Public Health Reports, 81 : 691 - 702, 1966.
41. NESBITT, R.E.L.: Management of the high risk obstetrical patients - Mich. med., 64 : 9 - 18, 1965
42. PARK, C.B.: The place of childspacing as factor in infant mortality: a recursive model. Am. J. Public Health, 76 : 995-99, 1986.

43. PAPIERNIK - BERKHAVER, E.: Coefficient de risque d'accouchement prématuré, *Presse Med.* 27 : 793, 1963.
44. PERKINS, G.W.: Guide to establishing contraceptive care. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 101 : 711, 1968.
45. PINTO E SILVA, J.L.C. et al - Avaliação da curva de crescimento na detecção de recém nascidos pequenos para idade gestacional - (não publicado).
46. PINTO E SILVA, J.L.C.: Contribuição ao Estudo da Gravidez na Adolescência. Campinas, 1982. Tese de doutoramento - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.
47. COLEGIADO PLURIINSTITUCIONAL DO CENTRO DE REFERÊNCIA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER. Projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Campinas - SP, Abril 1984. (mimeo).
48. REZENDE, J.de. Obstetrícia. Conceitos, prognóstico, sumula histórica. In: *Obstetrícia*. 2a.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1969. p. 1 - 20.
49. RYAN Jr., G.M. et al: Pré Natal care and pregnancy outcome, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 137: 876-881, 1980.

- 50.SABATINO, J.H.: Avaliação do risco gestacional numa população brasileira - Campinas, 1981. Tese - Doutorado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,.
- 51.SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DE SAÚDE - São Paulo : Relatório de Atividades, 1985. (mimeo).
- 52.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS : Relatório de Atividades, 1977-79, 1980, (mimeo).
- 53.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS: Relatório de atividades, 1982. (mimeo)
- 54.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS : Relatório de Atividades, 1985 (mimeo).
- 55.SIQUEIRA, A.A.F. et al : Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no serviço de pré natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo (Brasil). Rev. Saúde Publ. S.Paulo, 15 : 449-54,1981.
- 56.SOKOL, R.J. et al : Risk Antepartum care and outcome: Impact of a Maternity and Infant care Projet. Obstet. & Gynecol., 56 :150-56,1980.
- 57.STEWART, A.L.: Reynolds, E.O.R. & Lipscomb, A.P.: Outcome for infants of very low birth weight: survey of world literature. Lancet 1 : 1038-1041, 1981.

58. WILSON, J. et al: Obstetrics and Gynecology. 4 ed. St. Louis, Morby, 1971.
59. WORLD HEALTH ORGANIZATION : Expert Committee on Maternity care. First Report: a preliminary survey. Technical Reports series, 51. Geneva, 1952.
60. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Vital statistics and causes of death. Geneva, WHO, 1983.
61. YAZLLE, M.E.D. & MARTINEZ, A.R.: Influencia do nível sócio-econômico materno e da assistência pré natal sobre as condições do recém-nascido. Rev. Gynec. Obstet., 134 : 133, 1977.