

Resumo: Analisar o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico de mulheres das quais os conceitos evoluíram a óbito, consoante dados de Fichas e Declarações de Óbito Fetal e Infantil com ocorrência em um município maranhense. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e de cunho documental, com abordagem quantitativa. As fontes de dados foram Fichas de Investigação e Declarações de Óbitos Fetais e Neonatais de mulheres residentes em Caxias-MA. 74,3% das mulheres tinham entre 20 e 39 anos; 61,5% completaram o esquema vacinal; 41% realizaram 6 ou mais consultas; 54% mantiveram a bolsa íntegra, 76,9% residiam na Zona Urbana. É preciso lembrar das atribuições do Estado em proporcionar as condições necessárias ao nascimento saudável e à continuidade da vida. Assim, desenvolver um cuidado integral, por parte de profissionais qualificados, sobretudo de Enfermagem, que mais próximo permanecem junto ao binômio mãe/filho, é essencial para que o direito à vida seja efetivado.
Descritores: Óbito Fetal, Mortalidade, Maternidade.

Fetal and neonatal deaths: analysis of the sociodemographic and obstetric clinical profile of the mothers

Abstract: To analyze the socio-demographic and clinical-obstetric profile of women whose conceptions evolved to death, according to data from Fetal and Infant Deaths and Fetal Cases with occurrence in a municipality of Maranhão. This is a descriptive-exploratory, retrospective and documental study, with a quantitative approach. The data sources were Fiches of Investigation and Declarations of Fetal and Neonatal Deaths of women residing in Caxias-MA. 74.3% of the women were between 20 and 39 years old; 61.5% completed the vaccination schedule; 41% had 6 or more consultations; 54% kept the scholarship in full, 76.9% lived in the Urban Zone. It is necessary to remember the attributions of the State in providing the necessary conditions for a healthy birth and the continuity of life. Thus, developing integral care by qualified professionals, especially nursing professionals, who are closest to the mother/child binomial, is essential for the realization of the right to life.
Descriptors: Fetal death, Mortality, Maternity.

Óbitos fetales y neonatales: análisis del perfil sociodemográfico y clínico obstétrico de genitoras

Resumen: Analizar el perfil sociodemográfico y clínico-obstétrico de mujeres cuyos nacimientos evolucionaron hasta la muerte, de acuerdo con los datos de los registros y declaraciones de defunciones fetales e infantiles que ocurrieron en un municipio de Maranhão. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, retrospectivo y documental, con enfoque cuantitativo. Las fuentes de datos fueron hojas de investigación y declaraciones de muerte fetal y neonatal de mujeres que viven en Caxias-MA. El 74,3% de las mujeres tenían entre 20 y 39 años; 61.5% completaron el calendario de vacunación; El 41% tuvo 6 o más consultas; El 54% mantuvo intacta su beca, el 76,9% vivía en la zona urbana. Es necesario recordar las atribuciones del Estado al proporcionar las condiciones necesarias para un parto saludable y la continuidad de la vida. Por lo tanto, el desarrollo de una atención integral por parte de profesionales calificados, especialmente Enfermería, más cercanos al binomio madre / hijo, es esencial para hacer realidad el derecho a la vida.
Descritores: Muerte Fetal, Mortalidad, Maternidad.

Francidalma Soares Sousa Carvalho

Filha

Enfermeira, Doutora em Saúde, Docente da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFACEMA). Caxias (MA), Brasil.
E-mail: francidalmafilha@gmail.com

Elaine Ferreira do Nascimento

Assistente Social, Doutora em Ciências, Pesquisadora da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ).
E-mail: negralaine@gmail.com

Janderson Castro dos Santos

Cirurgião Dentista, Doutor em Saúde, Docente do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFACEMA).
E-mail: jandersoncastro252@hotmail.com

Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva

Enfermeiro, Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF). Caxias (MA), Brasil.
E-mail: marcusvinicius.darocho@yahoo.com.br

Hilma Mirella Costa e Silva

Enfermeira. Caxias (MA), Brasil.
E-mail: hilmamirella@hotmail.com

Ava Fabian dos Anjos Lima

Enfermeira, Pós-Graduada em Terapia Intensiva pela Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional (FATESP). Caxias (MA), Brasil.
E-mail: avafabian0@gmail.com

Submissão: 13/09/2018

Aprovação: 30/08/2019

Como citar este artigo:

Carvalho Filha FSS, Nascimento EF, Santos JC, Silva MVRS, Silva HMC, Lima AFA. Óbitos fetais e neonatais: análise do perfil sociodemográfico e clínico obstétrico de genitoras. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):92-102.

Introdução

A gravidez é um período de muito significado na vida da mulher e é permeada por valores e transformações que se constituem como ímpares, e experimentadas de formas diferentes pelas mulheres. É caracterizada por mudanças físicas e emocionais que determinam o acompanhamento pré-natal, com a prioridade do acolhimento à mulher, a oferta de respostas e apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade de saber o que acontecerá com o seu corpo¹.

O direito à vida é um direito fundamental, conforme Título II, Capítulo I, Art. 5º da Constituição Federal, e dele derivam todos os demais direitos. Portanto, causar dano ao conceito, propositalmente ou não, ou ainda não buscar os meios oportunos para livrá-lo de afecções/doenças ou mesmo atos e medidas que lhe tirem o direito de nascer saudável e viver com dignidade, infringe uma série de direitos que devem ser dados ao ser humano desde a concepção, até a senescência e no momento da morte.

Nesse sentido, define-se natimortalidade ou morte fetal a morte do produto da concepção, ocorrida antes de sua completa expulsão ou extração do organismo materno, independentemente do tempo de gestação, sendo a morte indicada pelo fato de que, depois da separação, o feto não respira nem mostra qualquer outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos de músculos voluntários^{2,3}.

Em termos de oferta de serviços de saúde na defesa da vida e saúde do nascituro, o Ministério da Saúde com a finalidade de intensificar o acompanhamento adequado de gestantes instituiu o

Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de mulheres e recém-nascidos, reduzindo as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal⁴.

Para que se possa diminuir a frequência de mortes fetais, é indispensável o conhecimento de sua etiologia. Sendo assim, 40 a 50% dos casos são considerados como causa desconhecida, mesmo em países com maiores recursos para diagnóstico. Mesmo assim, vários fatores de risco têm sido demonstrados para o óbito fetal na literatura⁵.

O baixo peso ao nascer, o risco gestacional e condições do recém-nascido são os principais fatores associados ao óbito neonatal, que é a morte do conceito anterior aos 28 dias completos. Por isso, a inadequação do pré-natal e da atenção ao parto indicam qualidade não satisfatória da assistência⁶.

Portanto, a qualidade dos serviços, principalmente da enfermagem, relacionados à obstetria assume um papel com grande relevância para o alcance de melhorias na saúde materna e infantil. Ainda assim, avaliar a qualidade dos serviços obstétricos não é uma tarefa fácil, pois se trata de duas vidas que podem ter necessidades conflitantes⁷.

Objetivo

O objetivo deste artigo foi analisar o perfil sociodemográfico e clínico obstétrico de mulheres das quais os conceitos evoluíram a óbito, consoante dados de Fichas e Declarações de Óbito Fetal e Infantil com ocorrência em um município maranhense.

Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e de cunho documental, com

abordagem quantitativa. O cenário desta investigação foi uma maternidade pública localizada no município de Caxias-MA. A referida maternidade foi escolhida por se tratar da maior oferta deste tipo de serviço da região, chegando a atender mulheres de 47 municípios adjacentes e por ter sido alvo, em 2014, de investigação e ação civil pública do Ministério Público devido ao número elevado de óbitos fetais e neonatais.

As fontes de dados foram Fichas de Investigação e Declarações de Óbitos Fetais e Infantis (neonatais), de mulheres residentes em Caxias-MA, atendidas na referida maternidade no período de 2010 a 2014 e também se averiguaram dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) no referido recorte temporal. Ressalta-se que conforme o SIM, em Caxias-MA ocorreram 219 óbitos fetais e 290 neonatais (dos quais 232 em menores de 7 dias e 58 entre 7 e 28 dias), totalizando 509 óbitos. Entretanto, neste estudo serão apresentados os informes referentes a 411 óbitos (186 fetais e 225 neonatais), uma vez que nestes casos existiam ambos os documentos disponíveis - Fichas de Investigação e Declarações de óbitos – e com a melhor completude de informações.

Neste sentido, deixaram de compor o estudo 98 (19,3%) fichas de investigação e Declarações, sendo os critérios de exclusão: não serem encontradas nos arquivos, apresentarem informações faltosas,

incompletas, incompreensíveis e/ou inconsistentes com os dados do SIM e do SINASC.

Desta maneira, de posse das informações, compôs-se um banco de dados, digitados no software *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* (versão 20.0 for Windows), posteriormente, consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa). Além da realização de testes estatísticos do Chi-quadrado (X^2) de Pearson. Procedeu-se a análise e discussão dos achados com base na literatura produzida sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, e, em seguida, direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 42337014.3.0000.5554 e aprovado com Número do Parecer: 1.153.280.

Resultados e Discussão

Na Tabela 1 apresentam-se a faixa etária, a escolaridade e a procedência das genitoras, conforme os registros das Fichas de Investigação e Declarações de Óbito Fetal e Infantil (neonatal) e confirmados pelo SIM.

Tabela 1. Dados relativos à genitora, conforme Fichas de Investigação e Declarações de Óbito Fetal e Infantil (neonatal), confirmados no SIM, em óbitos ocorridos no período de 2010 a 2014. Caxias-MA, 2017.

VARIÁVEIS	Tipo de Óbito								P
	Fetal		Neonatal				Total		
	N	%	< 7 dias		7 – 28 dias		N	%	
Faixa etária - anos completos									0,432*
≤ 14	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	0,5	
15 – 19	43	23,1	45	26,6	10	20,0	98	24,2	
20 – 24	53	28,5	52	30,8	15	30,0	120	29,6	
25 – 29	54	29,0	35	20,7	15	30,0	104	25,7	
30 – 34	20	10,8	28	16,6	7	14,0	55	13,6	
35 – 39	13	7,0	6	3,6	3	6,0	22	5,4	
≥ 40	3	1,6	1	0,6	0	0,0	4	1,0	
Total	186	100,0	169	100,0	50	100,0	405	100,0	
Escolaridade									0,565*
Não alfabetizada	10	6,4	5	3,2	2	4,4	17	4,7	
Fundamental I (1ª – 4ª série)	27	17,2	27	17,1	6	13,3	60	16,7	
Fundamental II (5ª – 8ª série)	53	33,8	49	31,0	17	37,8	119	33,0	
Médio incompleto	58	36,9	67	42,4	14	31,1	139	38,6	
Médio completo	9	5,7	9	5,7	6	13,3	24	6,7	
Superior completo	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,3	
Total	157	100,0	157	100,0	45	100,0	360	100,0	
Procedência									0,306*
Zona Urbana	133	71,5	144	82,8	39	76,5	316	76,9	
Zona Rural	53	28,5	30	17,2	12	23,5	95	23,1	
Total	186	100,0	174	100,0	51	100,0	411	100,0	

*Teste Qui-quadrado de Pearson, p-valor.

Em relação à faixa etária da genitora, apurou-se que em 279 (68,8%) óbitos fetais e neonatais, as genitoras tinham entre 20 e 34 anos, dos quais 127 (45,6%) eram fetais e 115 (41,2%) e 37 (13,2%), neonatais precoces e tardios, respectivamente. Destaca-se que este intervalo de idade não se revela como peso na ocorrência de óbitos em conceptos, como também demonstrou em um trabalho em que quase 70% dos partos ocorreram em mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, consideradas de menor risco gestacional⁸.

Para corroborar com esta discussão, cita-se trabalho construído por vários autores, que encontraram associação significativa entre óbito fetal e idade materna, verificando-se uma chance 2,5 vezes maior de os natimortos serem filhos de mulheres com 35 anos ou mais. De modo semelhante, em uma pesquisa realizada na Índia, revelaram que a taxa de natimortalidade em mulheres entre 20 a 24 anos foi de 121/1.000, enquanto que em mulheres acima de 40 anos esta taxa foi de 240/1.000^{5,9}.

Assim, a idade em que a mulher engravidar constitui um dos pilares fundamentais na

propedêutica da gravidez. A gestação tem do ponto de vista biológico, a partir de 18-20 anos as melhores condições, sendo que o período de mais perfeito desempenho dura cerca de duas décadas, até cerca de 30 anos, quando os riscos para a mãe e para a criança começam a crescer novamente^{10,11}.

Conforme se observou, nesta pesquisa, não houve associação entre a idade materna e o óbito fetal e/ou neonatal, por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson, pois o valor correspondeu a 0,432, muito superior a $< 0,05$, tomado como referência para se demonstrar a possível significância estatística, revelando que em relação a esta variável a grande maioria das mulheres do estudo está assumindo a responsabilidade de não engravidar em faixa etária considerada perigosa, isto é, antes de 20 e após os 35 anos.

Com relação à escolaridade, averiguou-se que em 282 (78,3%) óbitos as genitoras tinham ensino fundamental de 5ª a 8ª série ou médio incompleto ou completo, isto é, as mulheres apresentavam entre 5 e 8 anos de estudo ou entre 9 e 11 anos, respectivamente. A associação das mortalidades perinatal, neonatal e infantil às mães com menor escolaridade, sobretudo menos de 8 anos completos, pode decorrer não só do menor conhecimento destas mães quanto à importância do pré-natal, do intervalo intergenésico maior, do acompanhamento de rotina de seu recém-nascido, como também do acesso mais difícil aos serviços de puericultura, em virtude de uma menor condição social por causa da baixa escolaridade¹².

Entretanto, a exemplo deste estudo em Caxias-MA, uma pesquisa demonstrou que a variável escolaridade da mãe não foi considerada fator de risco

para a mortalidade neonatal, pois não apresentou associação estatisticamente significativo aos RN de mães com menor grau de instrução. Verificou-se que os nascidos vivos de mães com menos de 8 anos de estudo apresentaram probabilidade de morrer de 4,9 por mil, enquanto os nascidos de mães com 8 anos ou mais de estudo, uma probabilidade de 7,3 por mil¹³.

Em se tratando da procedência da genitora, observou-se que 316 (76,9%) mães eram procedentes da Zona urbana e 95 (23,1%) da Zona Rural. Além disso, percebeu-se que em relação à zona rural, houve discreto aumento no número de óbitos fetais em relação aos neonatais, o que pode demonstrar a real necessidade de maior cuidado e investimento, tanto em termos materiais quanto profissionais, com a devida qualificação, durante o período da gestação para com as mulheres oriundas do interior, inclusive com acesso a veículos para o deslocamento de áreas de difícil acesso, conforme os critérios sinalizados pelo Programa Rede Cegonha¹⁴.

A este respeito, um estudo transversal demonstrou, por meio de entrevistas e de análise do Cartão da Gestante e do prontuário do recém-nascido, com 742 puérperas em 7 maternidades do Estado do Espírito Santo e observaram diferenças entre as mulheres residentes nas zonas urbana e rural. Constataram que as maiores proporções de acesso aos procedimentos, exceto para o teste rápido de gravidez e imunização antitetânica, ocorreram na população urbana e também houve diferença estatisticamente significativa entre as puérperas segundo local de moradia para realização de sorologia para sífilis (VDRL), teste anti-HIV e repetição de glicemia de jejum¹⁵.

Conforme aconteceu com primeira variável, estas duas últimas, Escolaridade e Procedência, também não se revelaram fator de risco para os óbitos fetais e neonatais ocorridos em Caxias-MA, quando comparados com dados da literatura, nem tampouco com o Teste do Qui-quadrado de Pearson, que não demonstrou significância estatística e constatou valores de 0,565 e 0,306, respectivamente, muito superiores a 0,05. Ressalta-se que foram removidas desta análise as Fichas que não continham estas informações.

Estes achados clarificam a discussão acerca dos itens supracitados, pois como se verifica as mulheres residentes no Município de Caxias-MA, em sua maioria, estão assumindo corretamente a responsabilidade com o período adequado para gestar e parir, bem como, muito provavelmente, não se

tratam de pessoas sem o conhecimento mínimo quanto ao próprio corpo e de indicadores essenciais à realização do pré-natal, tais como a realização de exames e o uso de medicamentos necessários ou mesmo do cuidado ao recém-nascido; fatores muitas vezes alegados por trabalhadores e gestores em Saúde Pública no Brasil para os altos índices de mortalidade materna, fetal e infantil.

A Tabela 2 apresenta dados referentes tanto aos óbitos fetais, quanto neonatais, detalhando as variáveis: Tipo de gravidez, Quantidade de Consultas, Esquema vacinal, Aspectos do líquido amniótico e Condições da bolsa amniótica, conforme se verifica a seguir.

Tabela 2. Dados relativos à gestação em investigação, conforme Fichas de Investigação e Declarações de Óbito Fetal e Infantil (neonatal), confirmados no SIM, em óbitos ocorridos no período de 2010 a 2014. Caxias-MA, 2016.

VARIÁVEIS	Tipo de Óbito								P	
	Neonatal						Total			
	Fetal		< 7 dias		7 – 28 dias		N	%		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Tipo de gravidez										0,625*
Única	177	95,2	159	93,5	46	92,0	382	94,1		
Dupla	7	3,8	8	4,7	4	8,0	19	4,7		
Tripla e +	2	1,1	3	1,8	0	0,0	5	1,2		
Total	186	100,0	170	100,0	50	100,0	406	100,0		
Quantidade de Consultas										0,509*
01	11	6,1	21	13,0	3	6,1	35	9,0		
02	9	5,0	14	8,7	4	8,2	27	6,9		
03	27	15,0	9	5,6	5	10,2	41	10,5		
04	31	17,1	21	13,0	5	10,2	57	14,6		
05	41	22,7	23	14,3	7	14,2	71	18,1		
06	43	23,7	31	19,3	9	18,4	83	21,2		
07	12	6,6	19	11,8	10	20,4	41	10,5		
08	3	1,6	14	8,7	4	8,2	21	5,4		
09	4	2,2	9	5,6	2	4,1	15	3,8		
Total	181	100,0	161	100,0	49	100,0	391	100,0		

Esquema Vacinal									0,427*
Completo	101	56,4	98	65,7	31	67,4	230	61,5	
Incompleto	78	43,6	51	34,3	15	32,6	144	38,5	
Total	179	100,0	149	100,0	46	100,0	374	100,0	
Aspectos líquido amniótico									0,004*
Claro	15	28,8	23	43,4	9	60,0	47	39,2	
Meconial	14	26,9	23	43,4	3	20,0	40	33,3	
Sanguinolento	16	30,8	7	13,2	3	20,0	26	21,7	
Turvo	7	13,5	0	0,0	0	0,0	7	5,8	
Total	52	100,0	53	100,0	15	100,0	120	100,0	
Condições da bolsa									0,209*
Íntegra	65	56,5	9	40,9	0	0,0	74	54,0	
Rota	49	42,6	12	54,5	0	0,0	61	44,5	
Outra condição	1	0,9	1	4,5	0	0,0	2	1,5	
Total	115	100,0	21	100,0	0	0,0	137	100,0	

*Teste Qui-quadrado de Pearson, p-valor.

Relacionado ao Tipo de gravidez, percebe-se que a maioria 382 (94,1%) foi única, das quais 177 (46,3%) foram fetais e 159 (41,6%) e 46 (12,1%) neonatais, em menores de 7 dias e de 7 a 28 dias, respectivamente. Este é um dado importante, porque como se sabe, as gestações únicas apresentam menor risco tanto para a gestante quanto para o concepto. Assim, pesquisadores também encontraram dados semelhantes, onde traçando o perfil de mortalidade neonatal precoce perceberam que 88,3% dos óbitos estudados, advieram de gestações únicas. Além disso, os mesmos constataram, nos óbitos que ocorreram em menos de 48 horas após o parto, uma probabilidade acrescida de serem provenientes de gravidezes múltiplas¹⁶.

Assim, embora o tipo de gestação não seja, necessariamente, um determinante no qual a mulher possa interferir, quando engravida por vias naturais, a investigação deste item foi importante para retirá-lo da lista de prováveis fatores de risco à morbimortalidade gestacional e perinatal, e, inclusive,

o teste estatístico não mostrou significância (P valor = 0,625 > 0,005). Destaca-se que dentre as gestações múltiplas, ocorreram maior número de óbitos neonatais (15) do que fetais (9), possivelmente confirmando que é urgente uma assistência mais intensa e integral ao bebê que nasce com algum tipo de complicação ou com maiores necessidades assistenciais na Maternidade Carmosina Coutinho.

Ao tratar-se da quantidade de consultas, percebe-se que 160 (40,9%) realizaram 6 ou mais consultas, coincidindo com a indicação do Ministério da Saúde e, muito provavelmente, refletindo o compromisso dessas mulheres em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do concepto e também com a preservação da sua própria vida e saúde. De modo divergente, outros autores analisaram declarações de nascido vivo de recém-nascidos e perceberam 83,81% realizaram ≥ 7 consultas e 14,56% realizaram 4 a 6 consultas. Em relação às semanas gestacionais, foram identificados 5,40% entre 22 e 36 semanas. Já a maioria das

gestantes obteve 94,60% entre 37 a 42 semanas gestacionais^{17,18}.

Salienta-se que embora 231 (59,1%) gestantes incluídas no estudo tenham realizado menos de 6 consultas no Pré-natal, que é o número estimado pelo Ministério da Saúde, o valor de P (0,509) não demonstrou significância estatística, ou seja, não revelou associação positiva entre a ocorrência do óbito e a falta às consultas. Outrossim, deve-se atentar para dois dos principais requisitos da APS - o acolhimento e cadastramento do usuário -, sobretudo gestantes, crianças e idosos; por esta razão, é essencial averiguar as responsabilidades da mulher/família na consolidação do Pré-natal e em sua completude, mas também refletir se de fato os trabalhadores da Saúde da Família estão realizando busca ativa das gestantes faltosas e demonstrando o valor da assistência adequada na prevenção de disfunções, adoecimento e óbito.

Em se tratando do esquema vacinal, averiguou-se que 230 (61,5%) gestantes completaram o esquema vacinal. Ressalta-se que para esta variável, considerou-se apenas a Vacina DT (dupla adulto contra difteria e tétano), uma vez que a mesma compunha o esquema básico de vacinação da gestante antes do ano de 2010, início do recorte temporal da pesquisa e durante os demais anos, foram sendo inseridas na rede pública de saúde em todo o país outras vacinas como: Influenza, Hepatite B e dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto), incorporadas anos 2010, 2011 e 2014, respectivamente. Portanto, como não existe uma precisão exata do acesso das mulheres a estas vacinas, utilizou-se como base a DT.

Neste sentido, a Vacina contra o vírus da Influenza (gripe) deve ser administrada durante a

gestação ou puerpério, visando diminuir formas clínicas graves, pneumonia e morte. Esta é uma estratégia eficaz de proteção para a mãe e para o lactente, por isso, todas as gestantes devem fazer uso do imunobiológico, em qualquer fase da gestação¹⁹.

A vacina dTpa tem o objetivo específico na gestação de proteger contra tétano neonatal e coqueluche no recém-nascido. A preocupação com a coqueluche é decorrente do aumento dos casos em lactentes em idade pré-vacinação com alta taxa de letalidade em todo o mundo, constatando-se que esses recém-nascidos são infectados pelos contatos próximos, principalmente pela mãe, em cerca de 40% dos casos. A vacinação da gestante deve ser com idade gestacional acima de 20 semanas (preferencialmente entre 27 e 36 semanas)²⁰.

O imunobiológico contra a Hepatite B deve ser feito caso a gestante não tenha o esquema de vacinação completo para Hepatite B ou nunca tomou nenhuma dose, ela deve ser vacinada preferencialmente durante o segundo ou terceiro trimestre. O esquema completo consiste em 3 doses (0-1-6 meses) e, caso a gestante tenha recebido 1 ou 2 doses, deverá completar as doses durante a gestação, não sendo necessário tomar novamente a(s) dose(s) recebidas^{21,22}.

Deste modo, percebe-se que a maioria das gestantes conseguiu cumprir a indicação estabelecida pelo Ministério da Saúde sobre a imunização, o que a isentaria e/ou minimizaria as suas responsabilidades sobre a transmissão de algumas doenças para o conceito, sendo que esta variável também não apresentou significância estatística com o objeto de estudo, cujo valor de P foi 0,427. Por esta razão, mais uma vez é preciso analisar, além de indicadores

numéricos de vacinação, quantitativo de consultas e realização de exames solicitados, a qualidade dos serviços oferecidos, bem como da formação dos profissionais envolvidos e dos gestores atuantes; uma vez que como se percebe, as gestantes residentes em Caxias-MA, estão cumprindo com seus deveres.

Quanto aos Aspectos do Líquido Amniótico (LA), percebe-se que dentre as Fichas de Investigação nas quais a informação foi preenchida, observou-se que do total de óbitos fetais e neonatais, em 73 (60,8%) existia algum tipo de alteração, e destes, 40 (33,3%) casos o LA tinha mecônio, 26 (21,8%) estava sanguinolento e 7 (5,9%) turvo. As características do LA podem revelar muito sobre as condições do concepto e também podem representar sinais de perigo para a saúde da gestante, sobretudo em relação às infecções perinatais, que podem culminar com o óbito do nascituro/recém-nascido.

Sobre o assunto, convém mencionar que esta foi a única variável desta Tabela que apresentou significância estatística ($P=0,004$), sendo que a mesma pode indicar que, a depender das condições do mesmo, o concepto tenha entrado em sofrimento fetal durante o trabalho de parto e/ou parto, sobretudo quando o mesmo apresentava mecônio ou coloração inapropriada. Por esta razão, é fundamental se estabelecer um programa de monitoramento contínuo, desde a admissão da gestante, com objetivo de avaliar as condições do concepto, e estabelecer um protocolo de conduta vigilante e assertivo, buscando minimizar o tormento e prevenir complicações e óbito.

A este respeito, pesquisadores ao analisarem o líquido amniótico em 2.441 nascimentos, o mecônio foi encontrado em 50% das mortes neonatais e

também perceberam forte associação com maiores taxas de partos cirúrgicos. Ao investigar a Síndrome da Aspiração Meconial (SAM) e os fatores de risco envolvidos, identificaram esta alteração em 1,4% das admissões na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN); verificando-se que a presença de mecônio no LA condicionou o desenvolvimento de hipóxia (58,3%), necessidade de ventilação mecânica (43,1%), acidose respiratória e/ou metabólica (30,6%), hipertensão pulmonar (11,1%) e encefalopatia hipóxico-isquêmica (29,2%) e também que presença de mecônio espesso esteve associada a maiores taxas de morbidade e mortalidade^{23,24}.

No que concerne às condições da Bolsa amniótica, certificou-se que em 74 (54%) casos a bolsa estava íntegra e que em 61 (44,5%) estava rota. Este dado é representativo, pois a integridade da bolsa minimiza as chances de infecção tanto da mãe quanto do concepto. Para efeito, em uma pesquisa realizada sobre a completude de informações obstétricas em prontuários apontou que em 49,1% dos prontuários tinham este resultado, enquanto que em 50,89% o dado não estava registrado e do total de registros, semelhantemente a este estudo, em 24,1% havia ruptura da bolsa amniótica. Baseado nos resultados deste estudo verifica-se que existe uma necessidade de melhorar a qualidade do registro relativo ao período pré e trans-parto. Assim, percebe-se que a ausência de informações pode mascarar o resultado, como neste caso, em Caxias-MA, que em 266 (66,3%) óbitos não existe o registro²⁵.

Percebe-se, portanto, que nenhum dos demais elementos analisados nesta figura, os quais foram Tipo de gravidez, Quantidade de consultas, Esquema vacinal e Condições da Bolsa amniótica representaram

sinais de perigo para a mulher ou para o nascituro, uma vez que na maioria dos casos perceberam-se condições ideais de tais fatores. Ressalta-se que o Teste estatístico (X^2) não foi significativo para as variáveis estudadas, que deveria ter resultado $<$ que 0,05. Isto, de certa forma, exige ponderação, pois se a mortalidade está acontecendo e as condições estudadas não representam relação direta com a mesma, outras causas precisam ser investigadas, inclusive acompanhando rigorosamente a atenção ao pré-natal e parto.

Conclusão

É preciso lembrar das atribuições do Estado em proporcionar as condições necessárias ao nascimento saudável e à continuidade da vida, em oportunas condições, envolvendo as diversas áreas do conhecimento, como enfermagem, medicina, psicologia, dentre outras, instigando a adoção do pensamento crítico diante das estatísticas apresentadas neste estudo, com o objetivo de criar conjunturas para minimizar os problemas oriundos do descaso para com a Saúde Pública.

As gestantes e posteriormente, puérperas, devem receber toda a atenção necessária para que consigam tornar-se mães de crianças saudáveis e em plenas condições de serem efetivos na sociedade, ou, quando não for possível o nascimento livre de complicações, que os recém-nascidos tenham o acompanhamento ideal para que consigam melhorar e atingir as melhores condições possíveis de vida e saúde, pois não é justo que mulheres tenham o sonho da maternidade ceifado por falta de atenção.

Assim, conhecer os fatores de risco aos quais as crianças estão expostas, atentando para o contexto social, sistema de hábitos e valores da criança e

familiares é de extrema importância para a atuação dos profissionais de saúde, principalmente no que tange a enfermagem, que desenvolve cuidados à criança anterior e durante o nascimento, no berçário e no processo de seguimento após a alta hospitalar, e para a melhoria da qualidade de vida das crianças e famílias.

Referências

1. Sousa VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev Eletr Enferm. 2007;13(2):199-210.
2. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia fundamental. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.
3. Stovall TG. Abortamento Precoce e Gravidez Ectópica. In: Bereck JS Bereck & Novak: Tratado de Ginecologia. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012; 449-473.
4. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Relator vota pela possibilidade da interrupção de gravidez de feto anencéfalo. 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204680>>. Acesso em 6 mai 2018.
5. Andrade LG, Amorim MMR, Cunha ASC, Leite SRF, Vital SA. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(6):285-292.
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública. 2014; 30(Sup.):S192-S207.
7. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Cad Saúde Pública. 2014; 30(Sup.):S208-S219.
8. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de

maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(Sup.1):S20-S33.

9. McClure EM, Nalubamba-phiri M, Goldenberg RL. Stillbirth in developing countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006; 94(2):82-90.

10. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia Fundamental*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.

11. Silva M, Felismino DC, Dantas IC. Malformações fetais: estudo retrospectivo na maternidade da Fundação Assistencial da Paraíba no município de Campina Grande. *Rev Biol Ciênc Terra*. 2008; 8(1):231-239.

12. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Jr. I, Novaes HMD, Siqueira AAF, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6):1013-1022.

13. Maran E, Uchimura TT. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008; 10(1):29-38.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar (Rede Cegonha). Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

15. Marinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(2):56-64.

16. Machado Filho AC, Sardinha JFJ, Ponte RL, Costa EP, Silva SS, Martinez-Espinosa FE. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(4):176-183.

17. Brasil. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

18. Franciscatto SHG. Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. *Rev Enferm UFPE online*. 2014; 8(5):1149-1156.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretário de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações. Coordenação Geral das Doenças Transmissíveis. Informe Técnico. Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. 2016; 1-41. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/11/informe-tecnico-campanha-vacinacao-influenza-2016.pdf>>. Acesso em 2 jul 2018.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto - dTpa. 2014. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/uploadAddress/info_dtpa_ministerio-saude-setembro-2014%5B1614%5D.pdf>. Acesso em 12 jul 2018.

21. Guia Prático de Vacinas 2016/2017. Padrão: medicina diagnóstica e preventiva. Minas Gerais: Sbm-MG. 2016.

22. Sociedade Brasileira de Imunizações - SBIM. Calendário de Vacinação da Mulher. 2016. Disponível em: <<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-mulher-20-59-anos-2015-16-160816-spread.pdf>>. Acesso em 3 jan 2018.

23. Osava RH, Silva FMB, Oliveira SMJV, Tuesta EF, Amaral MCE. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(6):1023-1029.

24. Espinheira MC, Grilo M, Rocha G, Guedes B, Guimarães H. Síndrome de aspiração meconial: experiência de um centro terciário. *Rev Port Pneumologia*. 2011; 17(2):71-76.

25. Silva SL, Marques IR. Análise do registro de dados obstétricos em prontuários. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2):150-156.