



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

RENATA FERREIRA PEREIRA

**RELAÇÃO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE
DOS RECÉM-NASCIDOS NO BRASIL, 2013-2017**

VITORIA DE SANTO ANTÃO

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

RENATA FERREIRA PEREIRA

**RELAÇÃO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE
DOS RECÉM-NASCIDOS NO BRASIL, 2013-2017**

TCC apresentado ao Curso de bacharelado em saúde coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Gabriela da Silveira Gaspar.

Coorientadora: Prof^a. Msc. Emília Carolle Azevedo de Oliveira.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

P436r Pereira, Renata Ferreira.

Relação das consultas de pré-natal e as condições de saúde dos recém-nascidos no Brasil, 2013-2017 / Renata Ferreira Pereira. - Vitória de Santo Antão, 2019.

25 folhas.

Orientadora: Gabriela da Silveira Gaspar.

Coorientadora: Emília Carolle Azevedo de Oliveira.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Bacharelado em Saúde Coletiva, 2019.

Inclui referências.

1. Recém-Nascido. 2. Pré-Natal. 3. Saúde pública. 4. Promoção da Saúde
I. Gaspar, Gabriela da Silveira (Orientadora). II. Oliveira, Emília Carolle Azevedo de (Coorientadora). III. Título.

618.9201 (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-317/2019

RENATA FERREIRA PEREIRA

**RELAÇÃO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE
DOS RECÉM-NASCIDOS NO BRASIL, 2013-2017**

TCC apresentado ao Curso
de Bacharelado em Saúde
Coletiva como requisito para
Conclusão do Curso de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 16 / 12 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^a Gabriela da Silveira Gaspar (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o Dr^a. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Ms^a. Dara Andrade Felipe (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, a atenção à saúde da mulher no Brasil tem ampliado as ações e serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos, favorecendo essa população específica e reduzindo iniquidades sociais, como a mortalidade materna e mortalidade neonatal no país. **Objetivo Geral:** Analisar a relação das consultas de pré-natal e as características do recém-nascido no período de 2015 a 2017. **Metodologia:** Esse estudo se configura como descritivo, exploratório, transversal de caráter quantitativo analítico realizado no período de 2015 a 2017 com dados secundários do DATASUS. **Resultados:** A maioria das gestações 69,6% tiveram duração de 37 a 41 semanas, período considerado adequado. Pode-se observar que as gestantes que fizeram de 4 a 6 consultas, 45,4% dessas a gestação ocorreu no período de 28 a 31 semanas; daquelas que só realizaram de 1 a 3 consultas, 32,5% tiveram a duração da gestação de 22 a 27 semanas; para as gestantes que não realizaram nenhuma consulta 13,9% tiveram seus partos antes das 22 semanas. Segundo os dados encontrados, nota-se que as gestantes que frequentaram 7 ou mais consultas de pré-natal obtiveram seus partos no período considerado ideal. **Conclusão:** Por meio deste estudo, observou-se que há uma relação entre as condições de saúde do recém-nascido com a quantidade de pré-natal realizada. Foi possível identificar que a ausência do pré-natal tem associação direta com os problemas de saúde analisados neste estudo, é evidente que além da quantidade do pré-natal se deve observar a qualidade dos mesmos. Assim, é possível evitar diversos danos que podem acarretar na saúde do recém-nascido, tais problemas poderiam ser evitados se fossem realizadas 7 consultas ou mais.

Palavras-Chave: Recém-Nascido. Pré-Natal. Promoção da Saúde

ABSTRACT

Introduction: In recent years, women's health care in Brazil has expanded the actions and services of health promotion and disease prevention, favoring this specific population and reducing social inequities, such as maternal mortality and neonatal mortality in the country. **General Objective:** To analyze the relationship between prenatal consultations and the characteristics of the newborn in the period from 2015 to 2017. **Methodology:** This study is described as descriptive, exploratory, cross-sectional and analytical quantitative carried out from 2015 to 2017 with secondary data from DATASUS. **Results:** Most pregnancies 69.6% occurred in the period from 37 to 41 weeks, a period considered appropriate or also called term delivery. It can be observed that pregnant women who made 4 to 6 consultations, 45.4% of these pregnancies occurred within 28 to 31 weeks; Of those who only had 1 to 3 consultations, 32.5% had a gestation duration of 22 to 27 weeks; for pregnant women who did not have any consultation 13.9% had their deliveries before 22 weeks. According to the data found, it is noted that pregnant women who attended 7 or more prenatal consultations obtained their deliveries in the period considered ideal. **Conclusion:** Through this study, it was observed that there is a relationship between newborn health conditions and the amount of prenatal care performed. It was possible to identify that the absence of prenatal has a direct association with the health problems analyzed in this study, it is evident that in addition to the quantity of prenatal care should be noted their quality. Thus, it is possible to avoid various damages that may cause the health of the newborn, such problems could be avoided if 7 consultations or more were performed.

keywords: Newborn. Prenatal. Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
2.1 Pré-Natal e Saúde Materno Infantil.....	8
2.2 Políticas e Programas de Atenção Materno Infantil; Sistemas de Informação.	9
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.1 Objetivos Específicos.....	13
4.METODOLOGIA.....	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Local de estudo	14
4.3 Período de coleta de dados e variáveis.....	14
5 Resultados e Discussão.....	15
6 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a atenção à saúde da mulher no Brasil tem ampliado as ações e serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos, favorecendo essa população específica e reduzindo iniquidades sociais, como a mortalidade materna e mortalidade neonatal no país. Como estratégias primárias para a redução de morbimortalidade em mulheres no ciclo gravídico-puerperal, por causas preveníveis, foram criados o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e mais tarde o Programa Rede Cegonha, que dentre outros enfoques estabeleceram a qualificação da expansão e principalmente da qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil (CRUZ et al., 2019).

A Rede Cegonha, é um programa criado pelo Ministério da Saúde que visa reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil e ampliar o acesso das gestantes aos serviços de saúde, garantindo acolhimento e resolutividade como foco no direito à reprodução e na atenção integral qualificada e humanizada no período gravídico, parto e puerpério; e à criança, a fim de garantir um parto seguro e atenção integral do nascer aos 24 meses de vida (BRASIL, 2013; COREN-GO, 2013).

No Brasil, embora a mortalidade materna tenha sofrido redução, nas últimas décadas, o número de óbitos neonatais continua insatisfatório, pois ainda ocorrem por causas evitáveis. Mesmo com a ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal no país, esses agravos podem ser acompanhados e minimizados durante um bom cuidado pré-natal (BRASIL, 2013).

O acompanhamento no pré-natal, que é o período anterior ao nascimento da criança, é constituído por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de monitorar a evolução da gravidez, bem como, orientar e esclarecer a mulher e sua família sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido. Busca ainda prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período (SANTOS et al., 2016).

Nas consultas de pré-natal a gestante é examinada e encaminhada para realização de exames, vacinas e ecografias. São recomendadas no mínimo 6 consultas de pré-natal durante toda a gravidez e o ideal é que estas se iniciem nos primeiros três meses de gestação (BRASIL, 2017).

Segundo os autores Luz et al (2018), estudos têm demonstrado a associação de pré-natal com a prevenção de riscos na gestação, redução de complicações no parto e puerpério e de complicações perinatais; melhores condições de saúde do concepto, como melhor crescimento intrauterino, menor incidência de baixo peso ao nascer, redução da mortalidade materno-infantil e da morbimortalidade neonatal e perinatal.

É importante destacar que é direito da mulher em seu período gestacional ter a assistência de qualidade, um direito que toda gestante adquire a partir do momento em que engravida. Por isso, é um dever do município dispor de serviços de saúde que proporcionem a assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal devidamente organizados (BRASIL, 2011).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Pré-Natal e Saúde Materno Infantil

O pré-natal surgiu no início do século XX e chegou ao Brasil por volta das décadas de 20 e 30. Nessa época, a saúde da mulher era fator preocupante devido à alta taxa de mortalidade materna, no entanto, o objetivo do pré-natal era reduzir estas taxas. Com a diminuição das mortes maternas surgiram as preocupações com a saúde do feto, e assim, com o avanço das tecnologias se aprimorou as práticas assistencialistas para promover a saúde das gestantes e realizar procedimentos clínicos e instrutivos contribuindo para uma gestação saudável por meio da identificação precoce de problemas que possam resultar em risco para a gestante e o recém-nascido (RIBEIRO et al., 2016).

A gravidez é uma experiência importantíssima na vida da mulher e de sua família. Durante a gestação ocorrem algumas alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas orgânicos, gerando expectativa, comoção, angústia, preocupação e descobertas. Portanto, é necessário conhecer todas essas transformações para que se preste um auxílio adequado à saúde da gestante (MARTINS et al., 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, ele faz a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente. Ao participar do programa, a gestante aumenta a possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades. Deve-se lembrar que este período é vivenciado por cada mulher de forma distinta (BRASIL,2000).

O pré-natal deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado às demais ações preventivas e curativas, necessitando ser efetuado um número mínimo de seis consultas. Além disso, precisa incluir a realização de procedimentos clínicos indispensáveis par

acompanhamento da gravidez, como exames laboratoriais, vacinas e atividades educativas (FIRMO et al., 2013).

A confirmação dos diagnósticos de doenças através dos exames laboratoriais é ágil e funciona em conjunto com a assistência médica no acompanhamento das gestantes, o que torna possível identificar e reduzir muitos problemas de saúde que costumam atingir a mãe e seu bebê. Enfermidades como a hipertensão, diabetes, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue da mãe para filho, a exemplo da sífilis e HIV, podem ser identificadas e tratadas no pré-natal, ainda no primeiro trimestre de gravidez (FIRMO et al., 2013).

pré-natal bem realizado não apenas reduz complicações durante a gestação, mas também facilita a atuação dos especialistas na sala de parto; assim diminuindo as infecções e os riscos iminentes do parto, além do acompanhamento da saúde no pré-natal com a carteira da gestante, atentando para a imunização contra tétano. O pré-natal é um procedimento totalmente possível de ser bem realizado por médicos e enfermeiras, com padrão de alta qualidade (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

O atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda é marcado por deficiência nas condições estruturais e desarticulação da rede de assistência. A abertura de espaço para discussão da assistência no ciclo gravídico-puerperal é necessária para um diagnóstico da realidade, identificar fragilidades e estabelecer oportunidades de reflexão sobre a prática assistencial, sendo imperiosa a escuta qualificada junto às mulheres que vivenciam esse ciclo fisiológico (HIOLANDA, 2015).

2.2 Políticas e Programas de Atenção Materno Infantil; Sistemas de Informação.

No Brasil, a preocupação do estado com a saúde materno-infantil deu início na década de 40 com a criação do Departamento Nacional de Criança (DNCR), primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil, tinha como objetivos integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância, e à adolescência, públicos e privados, juntamente com os programas de saúde pública em geral. Posteriormente, o DNCR agregou seu projet

à puericultura reforçando os cuidados também com as mães com relação à gravidez e amamentação. No período de atividade do DNCR (1940-1965), a principal preocupação estava em combater a mortalidade infantil como a garantia de se construir uma nação progressista, sadia e forte (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A manutenção e a melhoria da saúde materno-infantil são alguns dos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde e, para isto, é essencial a atenção pré-natal e puerperal, cuja responsabilidade é do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Rede Cegonha, a atenção à mulher durante a gravidez e pós-parto preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (TOMASI et al, 2017).

O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) foi criado e implantado através da Portaria nº 569 de 1/6/2000, com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país (BRASIL, 2000). Baseia-se no direito inalienável da cidadania, portanto, direito ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, por meio da organização adequada dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência e com investimentos e custeios necessários (BRASIL, 2005)

Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil contribuiu consideravelmente para a promoção da saúde materna quanto infantil (BRASIL, 2004). Pois, destaca dentro das linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil, as ações de saúde da mulher com uma atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o pós-nascimento. Além disso, as principais estratégias de ação da vigilância à saúde pela equipe de atenção básica e da vigilância da mortalidade materna e infantil, ampliam a responsabilização da gestão dos serviços de saúde no controle de doenças e agravos que podem surgir interferindo na sobrevivência da mãe e da criança. Isso aponta para uma grande evolução no âmbito das políticas públicas no Brasil, mostrando que a melhoria da qualidade de vida e não medidas isoladas e verticalizadas, tem norteado a promoção de saúde integral materno-infantil.

No Brasil, existem inúmeros esforços garantidos em lei e diversos incentivos do Governo Federal, no âmbito de gestão do SUS, para que efetivamente tais políticas rompam a barreira legal e promovam, na prática, a melhoria das condições de assistência à saúde materno-infantil. O que configura simbolicamente uma ampla rede com um emaranhado de nós que sustentam e asseguram o exercício amplo do direito à saúde. Questiona-se, portanto, se tais políticas têm alcançado seus objetivos, sendo capazes de melhorar os principais indicadores da saúde materno-infantil ao longo dos últimos anos, ou se a ampla rede político-legal pouco contribuiu para transformações significativas (NETO et al., 2008).

Os avanços da epidemiologia e assistência vêm contribuindo muito para o acompanhamento dos nascimentos através de sistemas de informações da saúde; os avanços tecnológicos têm dado grande contribuição e aporte acerca da gravidez, nascimento e condições de saúde da criança, contribuindo assim para intervenções e para as políticas de saúde (OMS, 2014).

Os sistemas de informações em saúde fornecem dados que permitem o monitoramento da situação de saúde de uma população. No Brasil, as bases de dados secundárias, ricas em dados de abrangência nacional, têm sido cada vez mais utilizadas em pesquisas. Tal interesse pode estar relacionado à disponibilidade para acesso e à qualidade desses dados (OLIVEIRA et al., 2015).

No Brasil, os registros de nascimentos, até o início da década de 90, estiveram baseados exclusivamente no sistema de registro civil. Esses compreendiam apenas os nascimentos que eram informados em cartório, de acordo com as regiões do país. Entretanto, o reconhecimento da importância das informações sobre os nascimentos vivos para as estatísticas de saúde, epidemiologia e demografia, levou o Ministério da Saúde do Brasil a implantar, em 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). O sistema, de âmbito nacional e sob a responsabilidade das secretarias municipais e estaduais de saúde, foi implantado com o objetivo principal de conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos vivos, segundo variáveis como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos (PEDRAZA, 2012).

O SINASC se baseia no instrumento Declaração de Nascido Vivo (DNV), que contempla uma série de dados sobre a mãe, o pré-natal, o parto e o recém-nascido.

Esse sistema representa uma fonte de informação relevante para a pesquisa e avaliação em saúde na área materno infantil (PAIVA et al., 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a relação das consultas de pré-natal e as características dos recém-nascidos no Brasil no período de 2015 a 2017.

3.1 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos recém-nascidos no Brasil e nas regiões;
- Descrever a média de consultas de pré-natal por gestante no Brasil e nas regiões;
- Verificar a associação entre consultas de pré-natal com o **apgar** (1º e 5º minuto), baixo peso do recém-nascido e duração da gestação

4.METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Esse estudo se configura como analítico, transversal de caráter quantitativo.

4.2 Local de estudo

Os locais de estudo foram as cinco regiões do Brasil: centro-oeste, nordeste, norte, sudeste e sul. Este estudo tem como apoio a coleta de dados secundários, provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos . Os dados foram tabulados a partir do TABWIN e estruturados a partir do programa Microsoft Excel versão 2016.

4.3 Período de coleta de dados e variáveis

A coleta dos dados analisados são de 2013 a 2017, tendo como variáveis: apgar 1º minuto, apgar 5º minutos, anomalia congênita, peso ao nascer e duração da gestação.

4.4 Considerações éticas

A partir da Resolução do CNS, Nº 466, 12 de dezembro de 2012, pesquisas que utilizem dados secundários ou documentos de domínio público (disponíveis na internet) que não trazem informações pessoais e que garantem a confidencialidade, foram dispensadas de submissão ao comitê de ética

5 Resultados e Discussão

Com relação aos números de consultas de pré-natal e duração da gestação, destaca-se as gestações (69,6%) que ocorreram no período de 37 a 41 semanas. Logo depois, podemos observar que entre as gestantes que fizeram de 4 a 6 consultas, 45,4% das gestações ocorreram no período de 28 a 31 semanas; para as que só realizaram de 1 a 3 consultas, 32,5% tiveram a duração da gestação de 22 a 27 semanas; entre as gestantes que não realizaram nenhuma consulta 13,9% obtiveram seus partos antes das 22 semanas.

Segundo os dados encontrados, nota-se que as gestantes que frequentaram 7 ou mais consultas de pré-natal obtiveram seus partos no período considerado ideal. O período gestacional compreende de 37 a 42 semanas de gestação, e preferencialmente, de 39 a 40 semanas e seis dias, segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Dar à luz precocemente é prejudicial ao filho, esperar demais por um parto espontâneo também é perigoso (DUARTE,2018).

A relação das consultas de pré-natal com o Apgar 1 minuto se destaca com Apgar de 8 a 10, 67,6 % dos recém-nascido (RN), cuja mãe frequentou a 7 ou mais consultas de pré-natal. Já para gestantes que frequentaram de 4 a 6 consultas chama a atenção para os RN que obtiveram Apgar 0 a 2 que representa 30,1% para as gestantes que frequentaram de 1 a 3 consultas ou nenhuma o Apgar de 0 a 2 minutos se repete sendo 15,8% e 6,1 %, respectivamente.

Sobre o Apgar 5 minutos com relação a consultas de pré-natal observamos que a maioria dos RN's (67,2%) que nasceram com Apgar 8 a 10 foram gestantes que tiveram mais de 7 consultas; para as gestantes de 6 a 4 consultas, 32,3% dos RN's obtiveram o Apgar de 3 a 5; para quem teve de 1 a 3 consultas se obteve um Apgar de 1 a 2 (21,3%), e para quem não teve nenhuma consulta (8,6 %) dos RN's também obtiveram Apgar de 0 a 2.

A avaliação clínica do recém-nascido (RN) foi proposta por Virginia Apgar em 1953 e 1958, tendo sido muito útil no julgamento da necessidade da ressuscitação do mesmo, quando aplicada com 1 minuto de vida e, novamente, com 5 minutos. Por ser a única forma de avaliação em países em desenvolvimento, onde os exames

laboratoriais podem não estar disponíveis, o baixo valor do escore de Apgar é útil para identificar as crianças que necessitam de cuidados adicionais, mesmo na ausência de dados laboratoriais (OLIVEIRA et al., 2012).

A avaliação do estado geral do recém-nascido (RN) nos primeiros minutos de vida é de fundamental, pois orienta a assistência imediata que o RN deverá receber e alerta quanto a problemas que poderão surgir. De todos os métodos de avaliação da vitalidade do RN, o mais aceito e utilizado pelos profissionais que prestam assistência ao RN, no mundo ocidental, é o método de Apgar (SCHLATTER, 1981)

Sobre a relação das consultas de pré-natal com peso ao nascer a maioria dos Recém Nascidos nasceram com peso 3000 a 3999g sendo 68,9% para gestantes que tiveram 7 consultas ou mais consultas; para as que frequentaram de 4 a 6 consultas

43,6% dos RN nasceram com peso de 1000g a 1499g; as gestantes que apenas frequentaram de 1 a 3 consultas, 28,1% dos RN obtiveram o peso de 500g a 999g e para as que não frequentaram nenhuma consulta os RN's também nasceram com peso de 500g a 999g (9,3%).

Estudos relatam que o baixo peso ao nascer, consequência de um crescimento intrauterino inadequado, de um menor período gestacional ou da combinação de ambos, constitui o mais importante determinante da mortalidade neonatal, perinatal e infantil. Estudos mostram que o baixo peso ao nascer está inequivocamente associado ao risco de adoecer e morrer no primeiro ano de vida. Além disso, estudos epidemiológicos retrospectivos evidenciaram, na década passada, associação entre subnutrição intrauterina e doenças crônicas na vida adulta, tais como doença cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes melitus não insulino dependente e câncer (MINAGAWA et al., 2006).

Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a

2.500 g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas. O baixo peso ao nascer e a prematuridade são os fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal, sendo que o baixo peso, particularmente, pode ser derivado tanto da prematuridade como do retardo do crescimento intrauterino (KILSZTAJN et al., 2000).

Sobre a relação das consultas de pré-natal e anomalia congênita, as gestantes que obtiveram mais de 7 consultas de pré-natal (66,3%) dos recém-nascidos não obtiveram nenhuma anomalia congênita; para as que frequentaram de 4 a 6 consultas, 25,3% obtiveram alguma anomalia congênita; as que frequentaram de 1 a 3 consultas, 7,7% também obtiveram algum tipo de anomalia congênita e para as gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, 2,4 % dos RN's tiveram algum tipo de anomalia congênita. Esse caso nos mostra que gestantes que acabam frequentando poucas consultas de pré-natal ou nenhuma estão mais suscetíveis que seus filhos venham a nascer com algum tipo de anomalia congênita.

As anomalias congênitas têm apresentado relevância significativa e crescente na mortalidade e morbidade da população. De modo geral, pode-se considerar que 5% dos nascidos vivos (NV) apresentam alguma anomalia do desenvolvimento, determinada total ou parcialmente por fatores genéticos. A maioria das mortes por AC ocorrem durante o primeiro ano de vida, impactando na taxa de mortalidade infantil (MENDES et al., 2018)

A relação das consultas de pré-natal com relação a região do Brasil, destaca-se a região Sul por apresentar gestantes que realizaram de 7 ou mais consultas (76,9%), logo após as gestantes que realizaram de 4 a 6 consultas se destaca a região Norte com 35,3; as gestantes que frequentaram de 1 a 3, e nenhuma consulta se destaca também a região Norte com 13,0% e 4,7 %, respectivamente. Tais dados demonstram que a região Norte se destacou para as gestantes que tiveram menos consultas de pré-natal, isso se deve ao fato de que a região Norte possui mais problemas socioeconômicos o que acaba dificultando o acesso as assistências a saúde.

Apesar da cobertura da assistência pré-natal vir aumentando nas últimas décadas, as desigualdades no uso desta assistência ainda continuam. Ainda existem diferenças na cobertura de acordo com regiões geográficas como no Norte e Nordeste do Brasil (COIMBRA et al., 2003).

No entanto, cabe ressaltar que a qualidade do acesso, no que diz respeito ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, deixa a desejar nas

várias regiões do país e, principalmente, em determinados grupos populacionais menos favorecidos econômica e socialmente (NUNES et al., 2016).

Tabela 01. Distribuição das taxas do número de consultas de pré-natal, em relação as características dos recém-nascidos, no período de 2013 a 2017, no Brasil.

	Número de consultas de pré-natal										valor p	n	%		
	Nenhuma		De 1 a 3 consultas		De 4 a 6 consultas		7 ou mais consultas		Ignorado					Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				n	%
Duração gestação															
Menos de 22 semanas	1.036	13,9	2.941	39,4	2.142	28,7	1.081	14,5	264	3,5	7.464	100,0			
De 22 a 27 semanas	5.507	7,7	23.362	32,5%	31.051	43,2	10.311	14,4	1.594	2,2	71.825	100,0			
De 28 a 31 semanas	6.950	4,6	31.079	20,8	68.000	45,4	41.309	27,6	2.277	1,5	149.615	100,0			
De 32 a 36 semanas	32.586	2,3	151.580	10,8	489.270	34,9	716.476	51,1	11.476	0,8	1.401.388	100,0			
De 37 a 41 semanas	194.896	1,6	667.724	5,5	2.786.286	22,8	8.510.611	69,6	68.461	0,6	12.227.978	100,0			
42 semanas ou mais	6.516	1,5	31.814	7,2	115.083	25,9	288.895	65,1	1.474	0,3	443.782	100,0			
Ignorado	88.054	23,2	41.481	10,9	95.370	25,1	137.781	36,2	17.551	4,6	380.237	100,0			
Total	335.545	2,3	949.981	6,5	3.587.202	24,4	9.706.464	66,1	103.097	0,7	14.682.289	100,0	0,00*		
Apgar 1º minuto															
0 a 2	6.897	6,1	17.908	15,8	34.992	30,9	51.186	45,2	2.173	1,9	113.156	100,0			
3 a 5	12.665	3,2	36.770	9,3	112.539	28,4	229.811	58,1	4.012	1,0	395.797	100,0			
6 a 7	29.232	2,3	92.202	7,2	344.725	26,9	808.780	63,0	8.927	0,7	1.283.866	100,0	0,00*		
8 a 10	247.277	2,0	749.341	6,0	2.972.528	23,8	8.463.286	67,6	78.949	0,6	12.511.381	100,0			
Ignorado	39.474	10,4	53.760	14,2	122.418	32,4	153.401	40,6	9.036	2,4	378.089	100,0			
Total	335.545	2,3	949.981	6,5	3.587.202	24,4	9.706.464	66,1	103.097	0,7	14.682.289	100,0			
Apgar 5º minuto															
0 a 2	3.432	8,6	8.526	21,3	12.420	31,1	14.655	36,7	946	2,4	39.979	100,0			

16

3 a 5	3.741	9.549	15,8	19.554	32,3	26.567	43,9	1.138	1,9	60.549	100,0
6 a 7	6,2	25.413	11,0	71.227	30,9	122.447	53,1	2.741	1,2	230.710	100,0
	8.882										
	3,8										
8 a 10	280.182	853.066	6,1	3.361.796	24,1	9.390.932	67,2	89.405	0,6	13.975.381	100,0
Ignorado	39.308	53.427	14,2	122.205	32,5	151.863	40,4	8.867	2,4	375.670	100,0
Total	335.545	949.981	6,5	3.587.202	24,4	9.706.464	66,1	103.097	0,7	14.682.289	100,0

Peso ao nascer

Menos de 500g	1.577	4.566	23,6	6.157	31,8	6.642	34,3	419	2,2	19.361	100,0
500 a 999g	6.626	19.973	28,1	30.846	43,5	11.556	16,3	1.964	2,8	70.965	100,0
	9,3										
1000 a 1499 g		20.506	18,7	47.711	43,6	32.207	29,4	2.135	2,0	109.393	100,0
	6.834										
1500 a 2499 g	6,2	107.915	10,4	336.562	32,3	547.874	52,6	12.135	1,2	1.042.572	100,0
2500 a 2999 g	38.086	233.353	7,0	855.352	25,5	2.157.756	64,3	25.415	0,8	3.353.933	100,0
	3,7										
	82.057										
	2,4										
3000 a 3999 g	182.939	521.480	5,6	2.139.428	22,9	6.431.928	68,9	56.368	0,6	9.332.143	100,0
4000g e mais	14.543	40.093	5,4	169.981	22,8	518.097	69,3	4.402	0,6	747.116	100,0
Ignorado	2.883	2.095	30,8	1.165	17,1	404	5,9	259	3,8	6.806	100,0
Total	335.545	949.981	6,5	3.587.202	24,4	9.706.464	66,1	103.097	0,7	14.682.289	100,0

Anomalia congênita

Sim	2.907	9.367	7,7	30.659	25,3	77.239	63,7	1.071	0,9	121.243	100,0
Não	310.280	914.267	6,4	3.459.707	24,4	9.414.986	66,3	96.977	0,7	14.196.217	
100,0											
Ignorado	22.358	26.347	7,2	96.836	26,5	214.239	58,7	5.049	1,4	364.829	
100,0											
Total	335.545	949.981	6,5	3.587.202	24,4	9.706.464	66,1	103.097	0,7	14.682.289	100,0

Região

Norte	73.875 4,7	204.767 13,0	556.425 35,3	730.806 46,4	10.213 0,6	1.576.086 100,0	
Nordeste	126.914	341.886 8,3	1.278.128 31,1	2.334.783 56,7	32.641 0,8	4.114.352 100,0	
Sudeste	3,1 78.830 _{1,4}	251.505 4,3	1.115.533 19,2	4.312.714 74,3	47.557 0,8	5.806.139 100,0	0,00*
Sul	23.460 _{1,2}	80.508 4,1	347.646 17,6	1.521.532 76,9	6.222 0,3	1.979.368 100,0	
Centro-Oeste	32.466 2,7	71.315 5,9	289.470 24,0	806.629 66,9	6.464 0,5	1.206.344 100,0	
	335.545 2,3	949.981 6,5	3.587.202 24,4	9.706.464 66,1	103.097 0,7	14.682.289 100,0	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

*significância estatística (p < 0,05)

6 CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se que há uma relação entre as condições de saúde do recém-nascido com a quantidade de pré-natal realizada. Identificou-se que a ausência do pré-natal tem associação direta com os problemas de saúde analisados, é evidente que além da quantidade do pré-natal, deve-se observar a qualidade dos mesmos, tais fatores podem evitar diversos danos que podem acarretar na saúde do recém-nascido, problemas que poderiam ser evitados se fossem realizadas 7 consultas ou mais, ou seja, as gestantes que não frequentam nenhuma ou poucas consultas de pré-natal, têm mais riscos de ter problemas durante ou depois da gestação, podendo vir a ocasionar problemas de saúde ao recém-nascido.

Além disso, é evidente que as assistências ao pré-natal muitas vezes são dificultosas e precárias em algumas regiões do país, precisando de melhorias tornando acessíveis e eficientes nos locais onde as condições socioeconômicas aumentam os riscos de uma população já exposta. Cabe aos gestores, realizar educação permanente em saúde com grupos de planejamento familiar e gestantes, abordando a temática da importância do acesso aos serviços de prevenção durante a gravidez, podendo enxergar precocemente as condições de saúde do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto>. Acesso em: 02 out. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569/GM**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema ÚnicoSaúde[Internet].Brasília,2000a.Disponívelem:[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PO RTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.ht](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PO_RTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.ht) Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARNIEL, Emilia de Faria et al. A "Declaração de Nascido Vivo" como orientadora de ações de saúde em nível local. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 3, n. 2, p. 165-174, abr. / jun., 2003

CRUZ, Gisselle Cascaes *et al.* Métodos de avaliação da qualidade de assistência ao pré-natal no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], n. 27, 2019

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.M.M.; MOCHEL, E.G. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, Aug. 2003.

DUARTE, Juliana. A hora certa do bebê Nascer. **Revista Crescer**, [S. l.], 05 jan. 2018. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/noticia/2018/01/hora-certa-do-bebe-nascer.html>. Acesso em: 6 dez. 2019.

FIRMO, W.C.A.; PAREDES, A.O.; et al. Perfil dos exames laboratoriais realizados por gestantes atendidas no centro de saúde Lago Verde, Maranhão, Brasil. **J Manag. Prim. Health Care**, [s.l.] v.4, n. 2, p. 77-86, 2013

HOLANDA, C. S. M. et al. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 6, p. 388–94, 2015.

KANTOVISCK, Marinês Neves; GIUSTINA, Ana Paula Della. A importância da assistência no pré-natal. [s. l.], 2016.

KILSZTAJN, Samuel *et al.* Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, June 2003.

LUZ, Leandro Alves *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe2, p. 111-126, Oct. 2018.

MALTA, Deborah C. *et. al.* Mortes evitáveis em menores de um ano Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 26, pág. 481-491. 2010.

MARTINS, Quitéria Pricila Mesquita *et al.* Conhecimentos de gestantes no pré- natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **Sanare Revista de Políticas Publicas**, Sobral, v. 14, n. 02, p.65-71, jul. 2015.

MINAGAWA, Áurea Tamami. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 548-554, Dec. 2006 .

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 651-657, Sept. 2005.

NETO , Dson Theodoro dos Santos *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, 2008.

NUNES, Juliana Teixeira *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA , Tatiana *et al.* Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, Sao paulo, p. 23-27, 22 dez. 2012.

OLIVEIRA , Max Moura de *et al.* Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 629-640, 2015.

PAIVA, Natalia Santana *et al.* **Sistema de Informações Sobre Nascidos vivos**: um estudo de revisão . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 5 p.

PEREIRA, Claudia ,aria dos Santos *et al.* **Caracterização dos partos e nascidos vivos de mães residentes no município de Sairé/PE, 2008 RECIFE** . 2010. 31 f. monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de saúde)- Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz., Recife, 2010.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Epidemiologia de nascidos vivos de mães residentes em uma capital do nordeste. **RevPreInfec e Saúde**, [s.l.]. v. 4, p. 1-8, 2018.

SANTOS , Luciana Angélica Vieira *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev 2018

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, e00195815, 2017