

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Cláudia Maria dos Santos Pereira

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS E
NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES
NO MUNICÍPIO DE SAIRÉ/PE, 2008**

RECIFE
2010

CLÁUDIA MARIA DOS SANTOS PEREIRA

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS E NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES
NO MUNICÍPIO DE SAIRÉ - PE, 2008

Monografia apresentada ao curso de
Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde pelo Departamento de
Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

RECIFE
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P436c Pereira, Cláudia Maria dos Santos.
Caracterização dos partos e nascidos vivos de mães residentes
no município de Sairé – PE, 2008 / Cláudia Maria dos Santos
Pereira. — Recife: C. M. S. Pereira, 2010
29 p.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços
de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

1. Parto. 2. Nascido Vivo. 3. Gestantes. I. Costa, Juliana Martins
Barbosa da Silva. II. Título.

CDU 613.9

CLÁUDIA MARIA DOS SANTOS PEREIRA

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS E NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES
NO MUNICÍPIO DE SAIRÉ - PE, 2008

Monografia apresentada ao curso de
Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde pelo Departamento de
Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em: 20/12/2010

BANCA EXAMINADORA

Ms.: _____
Juliana Martins Barbosa da Silva Costa
Secretaria Municipal do Recife/GAB

Dra.: _____
Wylla Tatiana Ferreira e Silva
Docente da UFPE/Vitória

RECIFE
2010

AGRADECIMENTOS

Á Deus, responsável pelo começo, meio e fim;

A meu marido e filho, por ter me dado o incentivo de partir;

Á minha orientadora, pela dedicação, confiança depositada na pesquisa e pelo conhecimento transmitido;

Á minha amiga Wylla Tatiana Ferreira e Silva;

Á bibliotecária Mégine Cabral do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), pela ajuda na correção da bibliografia;

Á todos que direta ou indiretamente colaboraram com a realização desta monografia.

PEREIRA, Cláudia Maria dos Santos. Caracterização dos partos e nascidos vivos de mães residentes em Sairé/PE, 2008. Monografia (Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) é um instrumento que contém importantes informações que orienta a tomada de decisão para gestores municipais. Neste sentido, essa pesquisa teve como objetivo caracterizar os partos e nascidos vivos de mães residentes em Sairé/PE, 2008. A população do estudo foi constituída de 179 partos de nascidos vivos das mães residentes no município de Sairé-PE no ano de 2008. Tratou-se de um estudo epidemiológico de corte transversal. As variáveis relacionadas ao parto foram tipo e local do parto e as relacionadas ao nascido vivo foram tipo e duração da gestação, peso ao nascer, apgar no 1º e 5º minuto e anomalias congênitas. Os principais resultados encontrados foram: 77% dos partos ocorreram fora do município, 55,9% do total de partos foram vaginais, 8,9% apresentaram baixo peso ao nascer, o apgar se manteve baixo em 1,6% dos casos e 0,5% dos recém nascidos apresentaram anomalias congênitas. Conclui-se dessa forma que os partos ocorridos fora do município de residência da mãe em grande parte das vezes não apresentam situação de risco elevado para a criança e que poderiam ter ocorrido no nível local, chamando a atenção a responsabilidade dos gestores para a garantia de acesso oportuno, referenciando quando necessário e respeitando o processo de regionalização.

Descritores: Parto, Nascidos Vivos, Sistema de Informação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1	O parto e o Nascimento.....	7
2.2	Instrumentalizando a Gestão.....	9
2.3	O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.....	11
3	OBJETIVOS.....	12
3.1	Objetivo Geral.....	12
3.2	Objetivos Específicos.....	12
4	METODOLOGIA.....	13
4.1	Tipo do Estudo.....	13
4.2	Local do Estudo.....	13
4.3	População do Estudo	14
4.4	Critérios de Seleção.....	14
4.5	Fonte de Dados.....	15
4.6	Plano de Análise.....	15
5	RESULTADOS.....	16
6	DISCUSSÃO.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
8	RECOMENDAÇÕES.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A idéia do nascimento no contexto atual, para a parturiente se revela como um evento muito dependente da tecnologia médica, diminuindo sua confiança inata em parir sem intervenção. Soma-se a isto a valorização das tecnologias de intervenção por parte dos profissionais na obstetrícia moderna com o uso excessivo da cesárea nas últimas décadas (MORAES; GOLDENBERG, 2001).

A assistência hospitalar ao parto, não tem contemplado o suporte emocional e social para as gestantes, geralmente a gestante em trabalho de parto é internada num hospital público, sozinha, afastada da família, com profissionais desconhecidos, com pouca possibilidade de decidir sobre o seu parto, vivenciando sofrimento desnecessário (DOMINGUES, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, 80% da população grávida não apresentam risco gestacional, portanto, a princípio o parto seria de baixo risco, podendo ser assistido numa maternidade local, sem que haja um deslocamento desnecessário para outro nível de complexidade, sem prévia avaliação.

Segundo o Ministério da Saúde, 1998, 72,2% dos partos ocorrem em unidades de médio porte (1 a 499 partos por ano). Na maior parte dos municípios a resolutividade dessas unidades é baixa, levando a encaminhamentos para grandes centros urbanos, causando a parturiente que necessite de cuidados especiais a uma perigração no momento do parto (BRASIL, 2001c).

Ao gestor estadual e municipal é atribuída a função de conhecer, planejar e pactuar uma rede de oferta de atendimento desde o pré-natal até o parto, de baixo e alto risco, respeitando o princípio da regionalização (BRASIL, 2001b).

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade conforme estabelecido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Os municípios que corresponde ao módulo assistencial, devem ter

sua referência realizada em um município pólo, localizado dentro da região, tanto para melhor deslocamento como para otimizar o tempo para que a intervenção, caso necessária, seja mais eficaz (BRASIL, 2002).

Para o conhecimento, planejamento, organização e avaliação de ações e serviços no âmbito do setor saúde, a informação é essencial. Os dados relacionados as características de nascidos vivos, adquiridos através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), criado pelo Ministério da Saúde em 1990, fornecem informações epidemiológicas que servem como subsídio para avaliação e monitoramento da política de saúde materno-infantil.

O presente estudo parte da observação do baixo número de partos realizados no município de Sairé e evasão para outros municípios fora de sua macrorregional. Diante disto, este estudo visa caracterizar os nascidos vivos de mães residentes em uma cidade de pequeno porte, instrumentalizar o gestor na geração de conhecimentos que contribua para tomada decisões e levar a reflexão sobre a qualidade da assistência ao parto prestada dentro do município de Sairé, a fim de gerar informações para tomada de decisão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O parto e o nascimento

Para parte das mulheres, o parto e o nascimento são cercados por medos, ansiedades, expectativas decorrentes das informações recebidas de outras mulheres, de profissionais e de familiares. As gestantes necessitam da compreensão dos profissionais, para que recebam a singularidade como ser humano que está vivenciando uma experiência única, que é o parto (SIMÕES, 1998).

As parturientes necessitam de um atendimento individualizado em ambiente acolhedor, para promover o uso de tecnologia apropriada para o parto e nascimento. Estas tecnologias devem ser usadas para salvar vidas e reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal, com o cuidado do uso indiscriminado que causa desumanização da assistência.

O parto nem sempre foi um evento de ocorrência hospitalar. No século XVI, na Europa, o parto era assistido nos lares por outra mulher e a comunidade a considerava como “mulher sábia”, ela também orientava o uso de métodos abortivos e anticoncepcionais. Este conhecimento a convertia em figura importante na comunidade rural, com prestígio e poder, o que representava um desafio à classe médica (TOSI, 1987).

Diante disto, o conceito de que parto era um evento fisiológico foi sendo transformado, e a noção de que o nascimento poderia ser dirigido, cada vez mais, fortalecia a idéia de que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença do médico (OSAVA; MAMEDE, 1995)

Após a Segunda Guerra Mundial, já no século XX, o parto passou a ser, predominantemente, hospitalar. Neste ambiente nascem normas e rotinas ao tratamento e comportamento da parturiente (ARRUDA, 1989).

No Brasil, a evolução da obstetrícia, a inclusão do médico na assistência e a hospitalização do parto ocorreram de forma lenta e gradual, visto que permaneceram, entre os séculos XVI e XVII, nas mãos de mulheres que tinham

vivenciado partos bem sucedidos ou de parteiras que haviam adquirido, empiricamente, experiência desta função até então, essencialmente, feminina com saber e rituais próprios (DEL PRIORI, 1993; REZENDE, 1998).

Os resultados são impressionantes, a mulher acredita não ser capaz de dar à luz sem intervenções, sem anestésicos e entende que a cesárea torna-se a opção mais segura para ela e para seu bebê, neste momento, a aculturação do processo torna-se visível (DINIZ, 1996).

Essas mudanças de organização de assistência ao parto que passaram das mãos de mulheres e parteiras para as mãos de médicos em hospitais desencadearam alterações de conceitos normativos: de parto normal, para parto com risco potencial com maior uso de intervenções e longe do ambiente familiar, deixando de considerar a importância das dimensões sexuais e espirituais do parto e nascimento (ÁVILA, 1993).

Não há dúvida de que a hospitalização e a evolução da medicina moderna contribuíram para o maior conhecimento das condições fetais, levando à identificação de risco e ao uso de procedimento cirúrgico, com intuito de favorecer a sobrevivência fetal, diminuir a morbi-mortalidade materna e perinatal.

Justo é referir o papel de relevo que cabe à cesárea segmentaria ou baixa no tratamento de muitos casos de distócia. Praticada em zona eletiva do órgão parturiente, a incisão não compromete a integridade do corpo, que é a porção mais ativa e contrátil do útero. Dificilmente se encontrará um conjunto de fatores mais propícios para o êxito de uma intervenção cirúrgica. Os resultados são de tal vulto que se poderiam distinguir dois períodos na cirurgia obstétrica: um antes, e outro depois do recurso da cesárea segmentaria (DELÁSCIO; GUARIENTO, 1981).

Mas, infelizmente, a cesárea, procedimento cirúrgico considerado como um avanço da obstetrícia, um indicador de qualidade de assistência quando bem indicada, tem sido utilizada de forma abusiva em muitos hospitais, como meio de abreviação e resolução da gravidez, ocasionando um impacto adicional sobre a saúde da mulher e da criança em razão do risco anestésico, morbidade operatória e aumento de risco para partos futuros (BASILE, 2001).

Em estudo realizado em hospitais de 14 países, em 1980, o Brasil apresentou mais alta taxa de cesárea (32%), enquanto os Estados Unidos demonstraram a taxa de 19%. Apenas em dois países taxas inferiores a 10% de cesáreas foram encontradas: Japão e Checoslováquia (7% em cada um). Outros países (Dinamarca, Espanha, Grécia, Inglaterra, Escócia e Nova Zelândia) apresentaram taxas entre 10 a 13% (BASILE, 2001).

Estudos recentes mostram que a taxa de cesárea no Brasil em 2004 é de 41,8%, Pernambuco vem apresentando proporção menor que o índice nacional, apresentado uma taxa de 34,2% de partos cesareanos (BRASIL, 2008).

2.2 Instrumentalizando a Gestão:

O Art. 1º da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002), que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Determina que os municípios devem se organizar com responsabilidade e ações mínimas de atenção básica, encaminhamento a casos graves para outro nível de complexidade, medidas preventivas e promoção da saúde (BRASIL, 2002a).

As Leis e Normas Operacionais estão contribuindo para a construção de um modelo assistencial de saúde, que no ato da resolutividade de um caso clínico, a relação individualizada entre o profissional de saúde e a intervenção terapêutica, estará associada e enriquecida, transformando em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade (BRASIL, 2002b).

O modelo idealizado para a rede básica segundo as diretrizes e princípios do SUS tem dificuldade de sobrepor-se ao modelo assistencial sanitário e o modelo médico-assistencial, uma vez que leva em conta o

contexto sanitário, as demandas, as necessidades da população e a situação administrativa local. O seu grande desafio é prover ações e serviços de saúde suficientes para todos os brasileiros, eficientes na utilização dos recursos, eficazes quanto aos resultados e com capacidade de contribuir na transformação dos níveis de saúde da população (MEDINA, et al, 2000).

O pacto pela saúde, atualmente como eixo orientador da gestão apresenta-se em suas três dimensões: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão, que possibilita acordos entre as três esferas de gestão do SUS, redefinindo responsabilidades sanitárias em função das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006).

Em relação ao pacto pela vida, onde os gestores do SUS assumem um compromisso que impacta sobre a situação de saúde da população brasileira e entre as seis prioridades destacam-se para este estudo a redução da mortalidade infantil neonatal em 5%, redução da razão da mortalidade materna em 5% e fortalecimento da atenção básica, entendendo que as ações desenvolvidas nesse campo, são de grande importância na contribuição para uma gestação saudável, um parto sem dor e um recém nascido sem riscos.

A regionalização como eixo estruturante do Pacto de Gestão, tem como objetivo a garantia de acesso, resolutividade e qualidade nas ações e serviços de saúde, e é uma ferramenta importante quando a complexidade transcende a escala local/municipal (BRASIL, 2006). Portanto quando a assistência à saúde exige um nível de maior complexidade, deve ser garantido o mais próximo possível do seu local de residência o serviço necessário para garantir sua saúde, neste caso materno-infantil.

2.3 O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos:

É sabido que para planejar é preciso ter conhecimento ou diagnóstico de determinada situação e para tanto existem várias formas de se buscar informação. A informação é essencial para a tomada de decisão.

Para se adquirir informações sobre nascidos vivos, o Ministério da Saúde implantou, em 1990, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Informações que são coletadas pelo município, onde ocorrem os nascimentos: no domicílio e serviços de saúde públicos ou privados. Para a coleta de dados é utilizado um formulário que é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), preenchida por um profissional de saúde logo após o nascimento. Para os partos domiciliares, o preenchimento pode ser realizado nas secretarias de saúde ou cartórios de registro civil (BRASIL, 2001a).

As secretarias municipais e estaduais de saúde que coletam os dados por meio da DNV revisam e enviam essas informações para o Ministério da Saúde, que os reagrupam por estado de residência da mãe (BRASIL, 2002b).

Apesar de progressivamente o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), venha desenvolvendo uma melhor cobertura e qualidade dos dados em todo o país, existe ainda alguns indicadores específicos, como é o caso da idade gestacional, que ainda não apresenta muita precisão (DRUMOND; MACHADO; FRANÇA, 2008).

Utilizar dados secundários traz a discussão a questão da qualidade e confiabilidade destes. Contudo dados de alta qualidade só estarão disponíveis quando forem intensamente utilizados, estimulando a melhoria da confiabilidade (CAPER, 1987).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar os partos e nascidos vivos de mães residentes no município de Sairé – PE no ano de 2008, através de dados secundários.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os tipos de partos ocorridos das parturientes residentes em Sairé/PE;
- b) Descrever os nascidos vivos das mães residentes em Sairé/PE quanto a duração da gestação, peso ao nascer, apgar no primeiro e quinto minuto e anomalias congênitas;
- c) Relacionar os partos e nascidos vivos das mães residentes em Sairé/PE com o evento parto ocorrido em Sairé/PE e os não ocorridos em Sairé/PE.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, realizado com dados secundários. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003) este tipo de estudo é utilizado especialmente para as fases exploratórias iniciais no tratamento de uma questão epidemiológica.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Sairé, localizado na microrregião do Brejo Pernambucano, limita-se ao norte com o município de Bezerros, ao sul com Bonito e Barra de Guabiraba e a oeste com Camocim de São Félix. Situado há 110km de Recife (Capital) e 36km de Caruaru (sede macro-regional), seu acesso rodoviário dá pela PE-103 e BR-232 (via Bezerros). Tem sua população total de 14.194 habitantes estimada pelo IBGE, numa área de 195km², o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,598 (IBGE, 2000).

Em relação à estrutura demográfica observa-se que pouco menos da metade da população, 7.029 habitantes ou 49,52%, corresponde ao grupo populacional feminino, onde 61,6% são mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) (Tabela 1).

A economia local é constituída pela produção agropecuária, representados por pequenos proprietários rurais, com destaque na agricultura para produção de laranja, mas a maior parte dos empregos é gerada pela administração pública (PERNAMBUCO, 2010).

Tabela 1 – População residente, segundo faixa etária e sexo, Sairé, 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	127	122	249
1 a 4	506	491	997
5 a 9	643	626	1.269
10 a 14	667	594	1.261
15 a 19	703	603	1.306
20 a 29	1.278	1.224	2.502
30 a 39	1.096	1.117	2.213
40 a 49	775	792	1.567
50 a 59	543	598	1.141
60 a 69	417	443	860
70 a 79	280	292	572
80 e +	130	127	257
Ignorada	-	-	-
Total	7.165	7.029	14.194

Fonte: IBGE (2009).

Em relação ao saneamento básico 33,3% dos domicílios têm abastecimento de água pela rede pública e 45,4% utilizam água de poços ou nascentes. Para a instalação sanitária, 74,1% apresenta fossa rudimentar e 22,7% não tem instalação sanitária. Quanto ao destino do lixo, 31,2% são recolhidos pela coleta pública, 29,1% são queimados e 15,2% são jogados a céu aberto (IBGE, 2000).

Sua rede de saúde é composta de uma Unidade Mista com 20 leitos, onde 3 leitos são destinados a obstetrícia, 9 ambulatórios de especialidades e 06 Equipes de Saúde da Família. É válido enfatizar que a Unidade Mista Olívia Mendonça Souto Maior (Maternidade municipal) realiza partos de baixo risco de seus munícipes, não sendo referência para outros municípios (PERNAMBUCO, 2010).

4.3 População do estudo

O estudo abrangeu o grupo de nascidos vivos de mães residentes no Município de Sairé que nasceram no ano de 2008.

4.4 Critérios de seleção

Fez parte do estudo as informações contidas no DATASUS/SINASC/MS sobre os nascidos vivos de mães residentes em Sairé – PE ocorridos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2008 que foram incluídos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

4.5 Fontes de Dados

A pesquisa utilizou dados secundários coletados a partir do banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC disponibilizados por meio do site DATASUS (www.datasus.gov.br) e do caderno de informação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2010).

4.6 Plano de Análise

Com vistas na caracterização dos partos e nascidos vivos das mães residentes em Sairé/PE, os dados do estudo foram gerados a partir de variáveis epidemiológicas, contidas na declaração de nascidos vivos: local e tipo do parto, tipo de gestação, duração da gestação, peso ao nascer, apgar no primeiro e quinto minuto e anomalias congênitas.

Para tanto foi utilizado a frequência simples para o cálculo de médias e proporções.

5 RESULTADOS

A totalidade dos partos (179) de nascidos vivos de mães residentes em Sairé/PE no ano de 2008, ocorreram no ambiente hospitalar, mas apenas 23% ocorreram no município, os demais nascimentos (137) ocorreram fora dos limites geográficos do município (gráfico 1).

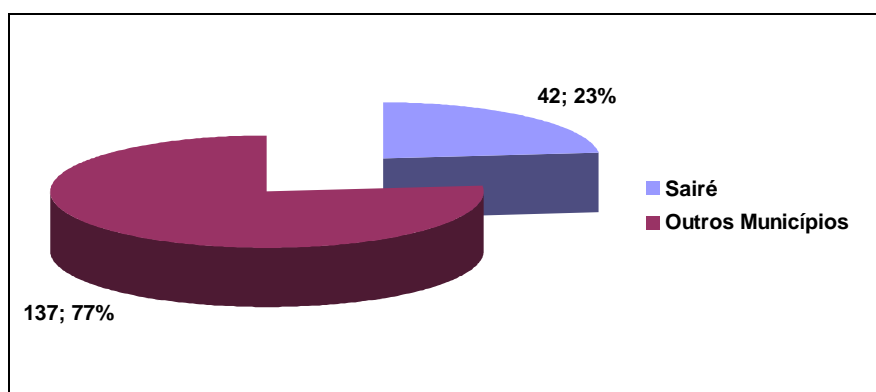


Gráfico 1 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé/PE, 2008.

No que se refere ao tipo de parto observa-se que 55,9% foram vaginais. Quando se compara os partos ocorridos no município e fora dele nota-se uma diferença importante neste percentual. Enquanto em Sairé praticamente todos os partos foram vaginais os ocorridos fora do município chegam a 43,1% (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé por tipo de parto. 2008.

Especificações	Ocorridos em Sairé		Não ocorridos em Sairé		Total	
	N	%	N	%	N	%
Parto vaginal	41	97,6	59	43,1	100	55,9
Parto cesáreo	0	0,0	78	46,9	78	43,6
Parto ignorado	1	2,4	0	0,0	1	0,5
Total	42	100,0	137	100,0	179	100,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

Em relação ao tipo de gravidez, 98,9% foram de gestação única, ocorrendo nascidos vivos de gestação múltipla apenas em outros municípios (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé por tipo de gravidez. 2008.

Especificações	Ocorridos em Sairé		Não ocorridos em Sairé		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gestação Única	42	100,0	135	76,3	177	98,9
Gestação Dupla	0	0,0	02	23,7	02	1,1
Total	42	100,0	137	100,0	179	100,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

O percentual de nascidos vivos a termo (37 a 41 semanas de gestação) foi de 93,3%, maioria identificada em todos os locais de ocorrência, ao passo que a concentração de prematuridade (4,5%) foi verificada nos partos ocorridos fora do município de Sairé (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé por duração da gestação. 2008.

Especificações	Ocorridos em Sairé		Não ocorridos em Sairé		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gestação 28 a 31 semanas	0	0,0	1	0,7	1	0,6
Gestação 32 a 36 semanas	0	0,0	7	5,1	7	3,9
Gestação 37 a 41 semanas	41	97,6	126	91,9	167	93,3
Gestação 42 semanas e mais	0	0,0	3	2,3	3	1,7
Ignorado	1	2,4	0	0,0	1	0,5
Total	42	100,0	137	100,0	179	100,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

A proporção dos nascidos vivos com baixo peso ao nascer (peso inferior a 2.500g), foi de 8,9%. Percebe-se que em Sairé o percentual proporcional de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, foi maior (9,5%) em relação aos que ocorreram em outros municípios (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé por peso ao nascer. 2008.

Especificações	Ocorridos em Sairé		Não ocorridos em Sairé		Total	
	N	%	N	%	N	%
1000 a 1499g	0	0,0	1	0,7	1	0,5
1500 a 2499g	4	9,5	11	8,1	15	8,4
2500 a 2999g	5	11,9	25	18,2	30	16,8
3000 a 3999g	27	64,3	89	64,9	116	64,8
4000 e mais	6	14,3	11	8,1	17	9,5
Total	42	100,0	137	100,0	179	100,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

De acordo com o Apgar no primeiro minuto, verifica-se que 83,3% dos nascidos vivos apresentaram-se entre 8 a 10 e que em Sairé houveram 11,9% nascidos vivos com Apgar no primeiro minuto entre 6 a 7 (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé por Apgar no primeiro minuto. 2008.

Especificações	Ocorridos em Sairé		Não ocorridos em Sairé		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 2	0	0,0	3	2,2	3	1,7
3 a 5	0	0,0	3	2,2	3	1,7
6 a 7	5	11,9	18	13,1	23	12,8
8 a 10	37	88,1	113	82,5	150	83,8
Total	42	100,0	137	100,0	179	100,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

Quanto ao Apgar no quinto minuto de nascimento, dos nascidos vivos no município de Sairé, atingiu 8 a 10 em 100% dos casos, quanto os nascidos vivos fora de Sairé atingiram 97,8% (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé por Apgar no quinto minuto. 2008.

Especificações	Ocorridos em Sairé		Não ocorridos em Sairé		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 2	0	0,0	1	0,7	1	0,5
3 a 5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 a 7	0	0,0	2	1,5	2	1,1
8 a 10	42	100,0	134	97,8	176	98,4
Total	42	100,0	137	100,0	179	100,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

Referindo-se a anomalias congênitas em 99,5% dos nascidos vivos não apresentaram tal condição, percebendo que 0,5% ocorrem fora do município de Sairé (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos nascidos vivos das mães residentes em Sairé com anomalias congênitas. 2008.

Especificações	Ocorridos em Sairé		Não ocorridos em Sairé		Total	
	N	%	N	%	N	%
SIM	0	0,0	1	0,7	1	0,5
NÃO	42	100,0	136	99,3	178	99,5
Total	42	100,0	137	100,0	179	100,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

6. DISCUSSÃO:

Com os resultados deste estudo, foi possível caracterizar os partos e nascidos vivos das mães residentes no município de Sairé, no ano de 2008, apresentou-se da seguinte forma: Mais de 1/3 da totalidade dos partos ocorreram fora do município; houve predominância de partos normais; a grande maioria das gestações foi de gravidez única e a termo; o percentual de crianças com baixo peso foi reduzido em relação a outros estudos realizados no Brasil; a maioria apresentou apgar no 1º e 5º minuto entre 08 e 10 é a maior parte dos nascidos vivos não apresentou anomalias congênitas.

Este estudo evidencia que grande parte dos partos não ocorreram no município de Sairé para o ano de 2008. segundo Sabatino, 2006 a OMS prevê que 80% dos partos são de baixo risco. Em 1998, segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, 72,2% dos partos foram realizados em maternidades de pequeno porte (1 a 499 partos por ano). Respeitando a lógica da regionalização, os partos que apresentem risco ou indicação cirúrgica e não poderem ser realizados no nível local de saúde, deverá contemplar uma lógica de planejamento e noções de territorialidade (BRASIL, 2002a).

Foi observado que a taxa de cesareana dos partos ocorridos fora do município de Sairé foi maior que a encontrada no estado de Pernambuco (34,2%) e no Brasil (41,8%) em 2004 (BRASIL, 2010). Cesáreas sem indicação em gestações de baixo risco podem levar a grandes conseqüências como maior mortalidade materna, aumento da morbidade durante e após a cirurgia, maior tempo para recuperação, retardar a amamentação entre outros (SABATINO, 2006).

A grande maioria do tipo de gravidez encontrado no estudo foi por gestação única para o total do estudo, semelhante ao evidenciado pela OMS que relata que 2 a 3% das gestações podem ser múltiplas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

A duração da gestação trata-se de um dos mais importantes fatores determinantes do crescimento intra-uterino. A partir dela é possível identificar a presença de prematuridade e problemas no desenvolvimento fetal. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE, 2000). Na Declaração de Nascidos Vivos

a duração da gestação encontra-se organizada de acordo com a proposta pela OMS, mas para fins didáticos podemos reagrupá-las em pré-termo (Menos que 37 semanas de gestação), a termo (37 a 41 semanas de gestação) e pós-termo (42 semanas ou mais de gestação), importante fator de risco para mortalidade neonatal (THEME, 2004).

No município de Sairé o índice de prematuridade foi menor em relação ao encontrado no estado de Pernambuco, para o ano de 2004 que foi de 5,3% e para o país que foi de 6,5% (BRASIL, 2010).

É sabido a forte associação entre peso ao nascer e mortalidade infantil, principalmente no período neonatal, incluindo comprometimento neuromotor, problemas respiratórios crônicos e infecções. O recém nascido com baixo peso ao nascer pode ter associações sócio-econômicas, sendo um indicador geral do nível de saúde de uma população, mas faz-se necessário salientar que pode ocorrer variação em um mesmo país, fato que ocorre no Brasil (COSTA, 1998).

O baixo peso ao nascer pode estar associado a vários fatores como: idade da mãe, desnutrição materna, infecção do trato geniturinário durante a gestação, multiparidade, história de partos prematuros, falta de acompanhamento pré-natal entre outros (THEME, 2004).

A taxa de recém nascidos com baixo peso ao nascer das mães residentes em Sairé apresentou-se maior que a do estado (7,7%) e do país (8,2%). Para explicar a proporção de nascidos vivos com baixo peso em Sairé, seria necessário realizar análise de série histórica mais longa do que a presente e verificar possíveis associações entre baixo peso e outras variáveis, o que foge aos objetivos deste estudo.

O índice de Apgar é utilizado em grande escala para mensurar a vitalidade do recém nascido, e apresenta variação de 0 a 10, onde avalia cinco sintomas objetivos: frequência cardíaca (ausente=0; < 100bat/min.=1 e >100bat/min.=2); respiração (ausente=0; fraca ou irregular=1 e forte ou choro=2); irritabilidade reflexa (ausente=0, algum movimento=1 e espirros ou choros=2); tônus muscular (flácido=0; flexão de pernas e braços=1 e movimento ativo ou boa flexão=2) e cor (acianótico ou pálido=0; cianose de extremidades=1 e rosado=2). Esta variável tem grande importância como

indicador de risco para morbimortalidade neonatal (D'ORSI; CARVALHO; CRUZ, 2005). No município do estudo a maior parte dos nascidos vivos apresentou apgar entre 8 e 10.

No Brasil, a mortalidade por malformações congênitas, apresenta-se em segundo lugar entre as causas de mortalidade infantil e em terceiro na mortalidade de menores de cinco anos de idade (10,5%). Estão entre as dez primeiras causas de mortalidade infantil no mundo (VICTÓRIA, 2001). No estudo a taxa de anomalias congênitas só se manteve para os recém nascidos em que o parto ocorreu fora do município de Sairé

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comparando a realidade dos partos ocorridos no município com os realizados fora dele, foi possível verificar as situações de risco na sobrevivência do grupo populacional estudado, observando as diferenças no acesso e qualidade da assistência, o que chama atenção a responsabilidade dos gestores para a garantia de acesso oportuno, referenciando quando necessário e respeitando o processo de regionalização.

A utilização do SINASC como instrumento de informação sobre a saúde materno-infantil foi satisfatória, viabilizando o planejamento para melhorar as condições de saúde da população. Entretanto revisões periódicas com os profissionais responsáveis pelo preenchimento das DN's, instrumentos que alimentam o sistema, são necessários para permitir melhorias e aumento da confiabilidade e fidedgnidade das informações para que sejam compatíveis com a realidade o máximo possível.

8 RECOMENDAÇÕES

Partindo dos dados obtidos para a gestão, realizar planejamento para melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde obstétricos.

Novos estudos científicos para avaliar a assistência prestada na maternidade local do município de Sairé, a fim de identificar o que leva as parturientes se dirigirem a outros municípios em busca de assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, R. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Encontro Nacional Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado**. Brasília, DF, 1989, p. 35-41.
- ÁVILA, M. B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p. 382-393, 1993.
- COSTA, C. E.; GOTLIEB, S. L. D. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascidos vivos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, p. 328-334, 1998.
- BASILE, L. O. Anátalia. **Estudo randomizado controlado entre as posições do parto: litotomia e lateral esquerdo**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Importância dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC), para os profissionais do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF. 2001a.
- BRASIL . Ministério da Saúde. **Manual de instrução para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Brasília,DF, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência á mulher**. Brasília, DF, 2001c.
- BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, p.40, 28 fev. 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília, DF, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma Análise dos Nascimentos no Brasil e Regiões**, Brasília, DF, 2004, disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.com?idtxt=2445
> Acesso em: 8 dez. 2010.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, p.43, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher**, 2006. Brasília, DF, 2008.

CAPER, P., The epidemiologic surveillance of medical care. **American journal of public health**, Washington, DC, v. 77, p. 669-670, 1987

D'ORSI, E.; CARVALHO, M.S.; CRUZ, O.G. Similarity between neonatal profile and socioeconomics index: a spatial approach. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 786-794, 2005

DEL PRIORI, M. Mentalidades e práticas em torno do parto. In: _____. **Ao sul do corpo: condição feminina e mentalidades no Brasil colônia**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993. p.254-259.

DELÁSCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal Briquet**. 3. Ed. São Paulo: Sarvier, 1981.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico social**. 1996. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da maternidade Leila Diniz**. 2002. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J.; FRANÇA, E. Subnotificação de nascidos vivos, procedimentos de mensuração a partir do sistema de informação hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 55-63, fev. 2008.

MEDINA, M. G., AQUINO, R. e CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.15-28, dez. 2000.

MORAES, M. S.; GOLDEMBERG, P., Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 509-519, maio/jun. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao Parto Normal. In: _____ **Guia Prático**, Brasília, DF, 2000.

OSAVA, R.H.; MAMEDE, M. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 105, p. 3-9, jan./fev. 1995.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Cadernos de Informações em Saúde por Região do Estado**. 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/informacoes-em-saude/cadernos-de-informacoes-em-saude/>> Acesso em: 8 dez. 2010.

REZENDE, J. Obstetrícia: conceito, propósitos, súmula histórica. In: _____ **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.1-25.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 6, p. 149-177.

SABATINO, Hugo. A devida atenção ao parto de baixo risco. **Jornal da UNICAMP**, Campinas, p. 2, set./2006.

SIMÕES, S. M. F. **O ser parturiente**: um enfoque vivencial. Rio de Janeiro: EDUFF, 1998.

THEME FILHA, M. M.; GAMA, S. G.; LEAL, M. C. Confiabilidade do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 583-591. supl.1, 2004.

TOSI, L. Caça às bruxas: o saber das mulheres como obra do diabo. **Ciência Hoje**, São Paulo, v. 4, n. 20, p. 35 – 42, set./out. 1987.

VICTÓRIA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil, pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.