

Artigo/Article**PERFIL DAS PARTURIENTES E SEUS RÉCEM-NASCIDOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ (RO)****PROFILE OF PARTURIENTS AND THEIR NEWBORN IN THE CITY OF JI-PARANÁ (RO)**Mônica Macedo de Oliveira¹Francieli Carniel²

1. Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná (CEULJI/ULBRA).

2. Enfermeira formada pela UFPel. Docente do Curso de Enfermagem do CEULJI/ULBRA. Especialista em Neonatologia pela PUC/RS e em Pediatria pela UFRGS. Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, Doutoranda em Biologia Celular e Molecular Aplicada a Saúde /PPGBIOSAÚDE/ULBRA. E-mail: franci.carniel@gmail.com

RESUMO

Constitui-se objetivo do presente estudo traçar o perfil das parturientes e seus RNs no município de Ji-paraná/RO no ano de 2012. Trata-se um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados se deu no mês de Agosto de 2013, através das Declarações de Nascidos Vivos (DNV). Frente aos resultados ocorreu maior quantidade de partos cesáreos em nível hospitalar. Em relação ao peso dos nascidos a maioria destes pesou entre 3000-3999g, quanto à idade gestacional a maioria ocorreu entre 37^a e 41^a semanas, em relação à idade materna houve predomínio de 20-34 anos. A maioria das parturientes realizou sete ou mais consultas de pré-natal, a análise das parturientes segundo o município de residência, há maior porcentagem para domicílios em Ji-Paraná. O conhecimento destes dados pode ser útil para reflexão dos profissionais e auxiliar na assistência prestada durante o atendimento, contribuindo para a qualidade de vida materno e infantil.

Palavras-chave: SINASC. Recém-nascido. Parturiente. Pré-natal.

Artigo/Article

ABSTRACT

Constitutes aim of this study to trace the profile of pregnant women and their newborns in the city of Ji-paraná/RO in 2012. This is a descriptive, exploratory, retrospective study with a quantitative approach. Data collection took place in August 2013, through the Live Birth Certificates (DNV). Compared to the results showed a higher number of cesarean deliveries in hospitals. Regarding the weight of most of these infants weighed between 3000 - 3999g, gestational age the majority occurred between 37th and 41th weeks in relation to maternal age was predominantly 20-34 years. Most mothers held seven or more prenatal appointments, analysis of pregnant women according to place of residence, there is a higher percentage for households in Ji - Paraná. The knowledge of these data can be useful for reflection of professionals and help assistance provided during care, contributing to the quality of life of mothers and children.

Keywords: SINASC. Newborn. Parturient. Prenatal

1. INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre as características dos nascimentos em um determinado local e período é de fundamental importância, para possibilitar a elaboração de indicadores demográficos e epidemiológicos que podem representar a realidade da comunidade para o planejamento e implementação de estratégias de melhorias das condições de saúde [1].

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi criado em 1990 pelo Ministério da Saúde, em resposta à necessidade de um sistema contínuo de coleta de dados que obtivesse, além da contagem dos nascimentos, informações sobre as características da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido. A criação e utilização do SINASC e dos outros Sistemas de Informação em Saúde é estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), colaborando com a descentralização das ações, oportunizando a possibilidade de planejamento e

Artigo/Article

avaliação da assistência de acordo com a necessidade local [2].

O sistema possibilita a construção de indicadores úteis para o planejamento e gestão dos serviços de saúde, por meio da elaboração de relatórios de frequência de eventos e de cruzamentos entre as variáveis [3].

O SINASC utiliza como fonte de dados as Declarações de Nascidos Vivos (DNV), documento de emissão obrigatória pelos Cartórios de Registro Civil nos serviços onde ocorreu o parto, e nos casos de partos domiciliares ou em outros locais onde não houve assistência por profissionais de saúde [1].

A partir do preenchimento da DNV, é possível obter informações fundamentais para o planejamento de ações do cuidado obstétrico, para avaliação de ações em saúde, e para construção de indicadores demográficos e de saúde na área materno-infantil [1].

Para a construção de indicadores referentes aos compromissos de gestão dos municípios, o SINASC é fonte importante para o cálculo de proporções de nascidos vivos com baixo peso, de mães com quatro ou mais e sete ou mais consultas de pré-natal, de partos cesáreos, coeficiente de

mortalidade infantil, neonatal, mortalidade infantil por doença diarreica, por pneumonia e razão de mortalidade materna [2].

O processamento e a análise dos dados do SINASC são de responsabilidade dos órgãos estaduais de estatísticas, sendo enviados, posteriormente, ao Ministério da Saúde (MS) para a consolidação em nível nacional. O SINASC, após uma década de sua implantação, já está com sua expansão consolidada, portanto, é de suma importância avaliar sua eficiência na obtenção do volume total de nascimentos ocorridos em determinada região. Entende-se que mensurar o grau de cobertura e a qualidade das informações coletadas pelo sistema constitui-se em passo necessário para o conhecimento de suas limitações e deficiências [4].

A humanização do parto e nascimento foi adotada pelo Ministério da Saúde, como política pública de atenção à saúde da mulher, no final dos anos 90. Esta se deu através da publicação de um conjunto de portarias iniciadas em 1998, que instituiu o *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento*. Desde então a desmedicalização ganhou diferentes

Artigo/Article

sentidos e significados para os diversos profissionais [5].

Um instrumento de planejamento o qual visa à programação da atenção à saúde em cada território e norteia a alocação de recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetro pactuado entre os gestores é chamado de Programação Pactuada Integrada – PPI [6].

É um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde [6].

A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios [6].

Para obter uma assistência a saúde adequada para o pré-natal e nascimento utiliza-se como fonte de dados algumas variáveis para identificar a qualidade da assistência prestada no município de Ji-Paraná (RO). Dentre essas variáveis

identificamos o local de nascimento, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto, idade materna frequência da realização da consulta de pré-natal e município de origem da mãe.

Diante dos expostos, o presente estudo teve como objetivo traçar o perfil das parturientes e seus RNs no município de Ji-paraná/RO no ano de 2012.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Onde foram analisados os dados obtidos na Vigilância Epidemiológica do Município de Ji-Paraná através do sistema SINASC descritos nas Declarações de Nascidos Vivos - DNV, estes dados são referentes ao ano de 2012.

Após solicitação de autorização e aprovação no comitê de ética e pesquisa em seres humanos, CEULJI/ULBRA com o protocolo 20809313.1.0000.5297, a coleta ocorreu na Vigilância epidemiológica de Ji-Paraná/RO durante o mês de Agosto de 2013 a qual consultou os bancos de dados do SINASC que utiliza como fonte de dados a DNV.

Artigo/Article

O Perfil das parturientes e seus RNs foram identificados através de variáveis como: (local de nascimento da criança nas seguintes categorias: hospitalar, domicílio, outro estabelecimento de saúde e outros).

Variáveis do RN: sexo (masculino ou feminino); peso ao nascer (primeira medida de peso do recém-nascido obtida logo após o seu nascimento nas seguintes categorias: 101-500g, 501-999g, 1000-1499g, 1500-2499g, 2500-2999g, 3000-3999g, 4000-4999g e 5000-5999g).

Variáveis das parturientes: idade gestacional (tempo transcorrido desde a concepção até momento do nascimento; 22-27s, 28-31s, 32-36s, 37-41s e 42 ou mais semanas); tipo de parto (vaginal ou cesáreo); idade materna de acordo com as categorias (< de 14 anos, 15-19 anos, 20-34 anos, 35 ou mais anos); frequência da realização do pré-natal (não realizou nenhuma consulta; de 1-3 consultas; e de 4-6; 7 ou mais consultas) e município de origem da mãe.

A amostra deste estudo incluiu os nascidos vivos no município de Ji-Paraná/RO durante o período de janeiro a dezembro do ano de 2012.

Utilizou-se como critério de inclusão os dados de todas as Declarações

de Nascidos Vivos(DNV) durante o período de janeiro a dezembro do ano de 2012. Não houve exclusão de nenhuma DNV.

Os dados foram tabulados estatisticamente com o auxílio do Microsoft Excel® e analisados por meio de estatística descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, se mostram os achados a partir dos dados obtidos através do SINASC que utiliza como fonte de dados as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) em relação ao perfil das parturientes e seus recém-nascidos em 2012. O número de nascidos vivos no Município de Ji-Paraná/RO neste ano foi de 2.450.

Inicialmente, será apresentado o local de ocorrência do parto no ano de nascimento exposto acima.

Pode-se observar em relação ao local de nascimento que ocorreram mais partos em nível hospitalar 2.439 (99,55%), entre outros estabelecimentos de saúde 3 (0,12%), parto domiciliar 3 (0,12%) e outros representando 5 (0,20%) respectivamente.

O acesso aos serviços de saúde seja durante a gravidez ou no parto, é

Artigo/Article

fundamental para uma assistência oportuna e adequada. A efetiva utilização dos serviços de saúde decorre de uma complexa combinação de fatores, que inclui desde a necessidade, a percepção, as características sociodemográficas e os valores do indivíduo, até a organização e a forma de financiamento do sistema de saúde. Mesmo em países mais desenvolvidos verificam-se iniquidades no acesso aos serviços em geral e nos de atenção ao parto [7].

Atualmente, em muitos países, o parto é um evento quase que totalmente hospitalar, ultrapassando a proporção de 99%, como nos Estados Unidos, Inglaterra e Bélgica. Já Canadá, Holanda e Austrália contam com a opção de programas de atenção ao parto domiciliar e em centros de nascimentos (*birth centers*) [8].

No Brasil, o parto domiciliar começou a declinar desde o início do século XX até atingir o patamar atual de realização quase exclusiva em hospitais. Na primeira metade da década de 80, a proporção de partos realizados em hospitais era de 80,5% e em domicílio, 16,6%. Dados da *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* de 2006 mostram que a assistência hospitalar ao parto é quase

universal (98%), no país. O nascimento domiciliar tornou-se, assim, um fenômeno mais circunscrito a áreas com maior presença de população rural e a localidade da Região Norte [8].

O local de parto em Ji-Paraná (RO) ocorreu mais em nível hospitalar 2.439 (99,55%), o que assemelha com os dados obtidos em estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, onde foram estudados 154.676 nascidos vivos, dos quais apenas 486 partos (0,31%) ocorreram fora da rede de serviços de saúde (em domicílio, no trajeto para o hospital ou em via pública). Após a vinculação dos nascidos vivos com os dados do CNES, foi possível identificar que 98,7% dos partos (152.743) ocorreram em 143 hospitais e 1.447 em estabelecimentos não-hospitalares, representando menos de 1% [8].

Em países com programas de assistência ao parto domiciliar investigam-se as características e segurança dos partos planejados para ocorrer no domicílio, confrontando-os aos realizados em clínicas ou hospitais e mesmo com os ocorridos acidentalmente no domicílio. Estudos associam ao parto domiciliar: maior frequência de mães sem companheiro e

Artigo/Article

com baixa escolaridade, assistência pré-natal inexistente ou insuficiente, elevada paridade, maior prevalência de baixo peso ao nascer e de gestação pré-termo [8].

Embora a Declaração de Nascido Vivo (DNV), no Brasil, não apresente informações sobre a condição de planejamento ou não do parto domiciliar, sabe-se que esse fenômeno é predominantemente acidental, uma vez que não há programas governamentais que dêem suporte à realização de partos domiciliares [8].

No Brasil, a maioria dos partos ocorre em hospitais. Apenas uma pequena parcela é assistida em outro tipo de serviço, como prontos-socorros, que atendem o parto em situações de urgência, ou unidades mistas de saúde e centros de parto normal, que recebem mães de baixo risco obstétrico [5].

Em relação ao sexo dos nascidos vivos houve uma pequena predominância do sexo masculino com 1.287 (52,53%) em relação ao sexo feminino de 1.163(47,47%).

No Brasil nascem mais crianças do sexo masculino, cerca de 3% a mais que crianças do sexo feminino. Em 2008, dos 2.931.731 nascidos vivos, 51,2% foram do

sexo masculino e 48,7% do sexo feminino, [9] o que vai de encontro com o presente estudo.

Quando se trata de nascimentos pré-termos, segundo estudo realizado Guarapuava – PR, com uma amostra composta por 106 declarações de nascidos vivos prematuros, de janeiro a junho de 2005, e suas respectivas mães. [10] Predominaram os nascimentos do sexo feminino com 52% e 48% do sexo masculino. Por outro lado, estudos realizados na Holanda demonstraram em seus resultados que o sexo masculino para o recém-nascido estava associado ao aumento do risco de sofrimento fetal, enquanto foi observado efeito protetor do sexo feminino.

Em relação a variável tipo de parto, o vaginal totalizou com 973 partos (39,89%) e o cesáreo representa 1.466 (60,11%). Observa-se, portanto que apesar das recomendações do Ministério da Saúde neste município ocorrem mais partos cesáreos do que vaginal.

A escolha do tipo de parto, vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana), é assunto complexo e polêmico. A cesariana, outrora considerada um procedimento de exceção, indicada em

Artigo/Article

situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, é na atualidade um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja escolha é frequentemente atribuída à gestante [11].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%. No entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos. A semelhança de outros países em desenvolvimento, o Brasil apresenta taxas de cesarianas superiores àquelas preconizadas pela OMS, superando os 35% em geral e ultrapassando os 70%, quando se considera apenas o serviço privado [11].

Em estudo realizado Guarapuava – PR no ano de 2009 observou-se que, em relação ao tipo de parto, 58% foram partos normais o qual é preconizado pelo Ministério da Saúde e 42% cesáreos [10]. O que foi divergente ao presente estudo, onde predominou o alto índice de cesarianas.

Os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando por vários motivos. Inicialmente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfo-

pélvica e má apresentação. Hoje devido ao fato de o procedimento ser mais seguro pelo uso de medicações eficazes que previnem as suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas, as indicações de cesariana ampliaram-se também com a intenção de reduzir a morbimortalidade perinatal. Atualmente, outras indicações são frequentes, como feto não reativo, apresentação pélvica, gestante HIV positivo, cesárea prévia. Com o aumento do número de cesáreas primárias em pacientes jovens, a repetição também aumenta, o que representa de 15% a 45% do total dos nascimentos [12].

A tabela 1 apresenta dados referentes ao peso dos recém-nascidos, a maioria dos nascidos 68,04% pesou 3000-3999g, e somente 4,89% apresentaram baixo peso ao nascer.

De acordo com o peso ao nascer, o RN pode ser classificado como: macrossômico/peso: > 4.000g, peso ao nascer normal: 2.500-3.999g, peso insuficiente: 2.500 – 2.999g, baixo peso ao nascer: menos 2.500g, muito baixo peso: menos de 1.500 (1.444g) e extremo baixo peso: menos de 1.000g [13].

Artigo/Article

O presente estudo mostrou que houve uma maioria de nascidos com peso adequado, tendo uma pequena porcentagem de nascidos com baixo peso ao nascer.

A condição de peso ao nascer é considerada como sendo um dos principais fatores a determinar a probabilidade de

sobreviver ao período neonatal e mesmo a todo o restante do primeiro ano de vida. A criança que nasce com peso inferior a 2.500g é classificada como baixo peso ao nascer. Por ser um indicador geral do nível de saúde de uma população, pode estar altamente associado às condições socioeconômicas de um país [14].

Tabela 1 – Características dos recém-nascidos em relação ao peso. Ji-Paraná/RO, 2012.

PESO AO NASCER	NÚMERO	%
101 – 500g	2	0,08
501 – 999g	3	0,12
1000-1499g	4	0,16
1500-2499g	111	4,53
2500-2999g	525	21,43
3000-3999g	1667	68,04
4000-4999g	135	5,51
5000-5999g	3	0,12

A maioria dos nascidos pesaram 3000-3999g dado este que é de fundamental importância para o município, pois com este dado pode auxiliar no planejamento e diminuir as taxas de mortalidade perinatal e neonatal. Através do peso do RN indica que houve adesão

das parturientes a consulta de pré-natal, possibilitando a condição de saúde do RN e das parturientes.

Na figura 1, esta descrita a variável idade gestacional, onde se observa que a maioria dos nascimentos (85,86%) ocorreu entre 37^a e 41^a semanas, período este

Artigo/Article

considerado mais adequado para favorecer as condições de saúde do recém-nascido. Percebe-se também que 9,1% das gestações não chegaram a termo e 5,03% foram pós-termo.

A idade gestacional é o tempo transcorrido desde a concepção até o momento do nascimento [13]. O RN é classificado pela idade gestacional (IG) como, pré-termo: nascidos vivos antes da 37ª semana, termo: nascidos vivos entre 37ª e 41ª semana e 6 dias e pós-termo: nascidos vivos com 42ª semanas ou mais [15].

Ainda em relação a variável idade gestacional, percebe-se a predominância

dos partos entre a 37ª e 41ª semanas (85,86%), partos entre 32ª e 36ª semanas apresentando (9,1%) e 42ª semanas (5,03%), o que assemelha ao estudo realizado no Estado do Paraná no ano de 2009, o qual relata que a duração da gestação em sua maioria (73,8%) ocorreu entre 37ª e 41ª semanas [1]. Podemos inferir que no presente estudo e no estudo mencionado, houve a conscientização e adesão destas parturientes as consultas de pré-natal, proporcionando a gestante a solução de seus problemas e atingindo assim o termo na gestação.

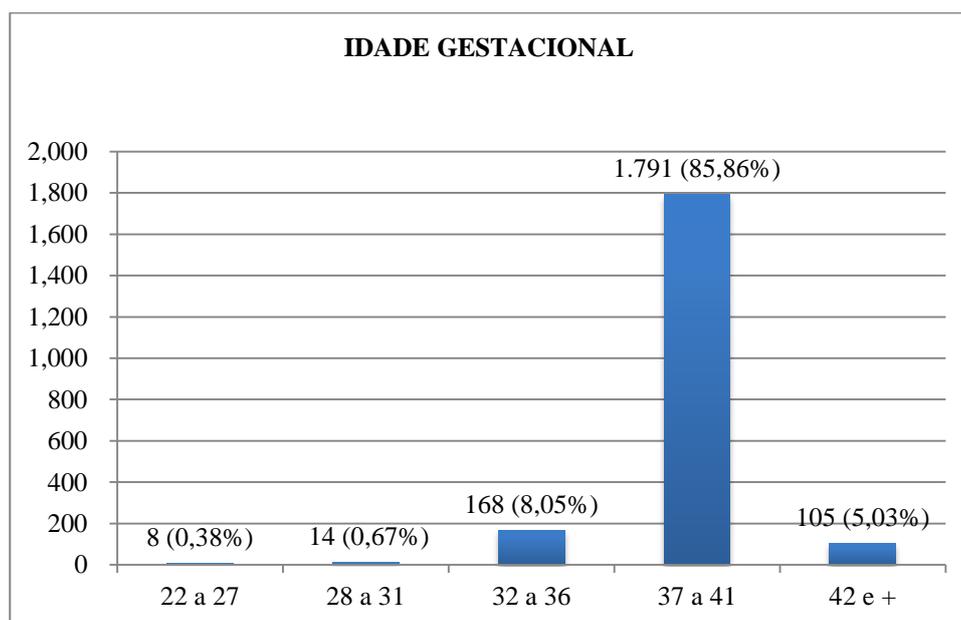


Figura 1 – Números de partos conforme a idade gestacional - Ji-Paraná/RO - 2012

Artigo/Article

A figura 2 apresenta a idade materna onde se observa o predomínio da faixa etária de 20-34 anos com 71,79%, seguida pela faixa etária 15-19 anos com 20,21%.

O aumento na incidência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva, antes dos 20 e após os 35 anos de idade, é uma realidade. O fenômeno gravidez na adolescência é considerado em alguns países, sobretudo nos países em desenvolvimento, um problema de saúde pública importante, com suas implicações sociais e biológicas, e a gestação em idade avançada tem-se tornado cada vez mais frequente devido ao efetivo controle de natalidade, aos avanços na tecnologia da reprodução assistida, ao casamento adiado, às taxas aumentadas de divórcios seguidos

de novas uniões, mulheres com maior nível de educação e avanços na atenção à saúde [16].

Estudos mostram que entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior do que entre as maiores de 20 anos; entre as menores de 15 anos, esta ocorrência é ainda cinco vezes maior, sendo uma das principais causas de morte nesta faixa etária. A mortalidade materna aumenta nas gestantes com idade avançada, principalmente por pré-eclampsia, placenta prévia, hemorragia pós-parto, embolia pulmonar, embolia por líquido amniótico e outras complicações puerperais [16].

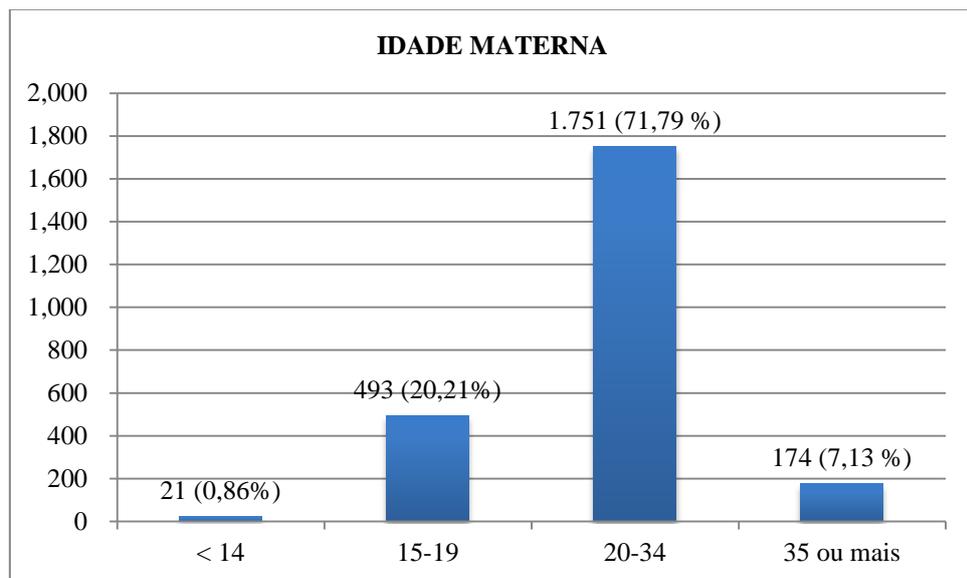


Figura 2 – Faixa etária das parturientes – Ji-Paraná/RO - 2012

Em estudo realizado em Minas Gerais no ano de 2010, mostrou que o resultado quanto ao perfil materno foi: de mães adolescentes com menos de 19 anos, que representou 18,2% em 2001, ocorrendo progressiva redução no período de análise, chegando a 14,6% em 2007. O total de mulheres com idades entre 20 e 29 anos variou de 61,7% em 2004 a 55,0% em 2007. As mães acima de 30 anos chegaram a 30,3% em 2007 [4]. O que diverge ao presente estudo onde observou-se o

predomínio da faixa etária de 20-34 anos com 71,79%, seguida da faixa etária de 15-19 anos com 20,21% e mães de 35 anos ou mais representando 7,13%.

Os dados deste estudo nos mostram que em sua grande maioria as gestações estão acontecendo em um período considerado adequado para que esta ocorra sem maiores complicações, porém não podemos deixar de atentar para a significativa parcela de gestações em faixa etária de 15-19 anos, e discutir ações que

Artigo/Article

visem reduzir esta taxa e assim as complicações decorrentes de uma gravidez na adolescência.

A figura 3 representa a frequência da realização do pré-natal, onde observou-se que a maioria das parturientes realizou sete ou mais consultas de pré-natal (56,23%).

Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos [12].

Porém realização do acompanhamento pré-natal adequado é

importante para que ocorra redução da morbimortalidade materno-infantil assim como garantir uma gravidez tranqüila e sem intercorrências [17].

Autores enfocam a necessidade de se realizar na prática as ações recomendadas pelo Ministério da Saúde, assim como a oferta de um serviço universal, integral e de qualidade. As ações de educação e prevenção de doenças e complicações também devem estar incorporadas na realização do pré-natal, com o objetivo de conscientizar as gestantes sobre a importância, identificação de fatores e situações de risco e também o estabelecimento de um vínculo de confiança entre a gestante e os profissionais envolvidos na assistência [17].

Artigo/Article

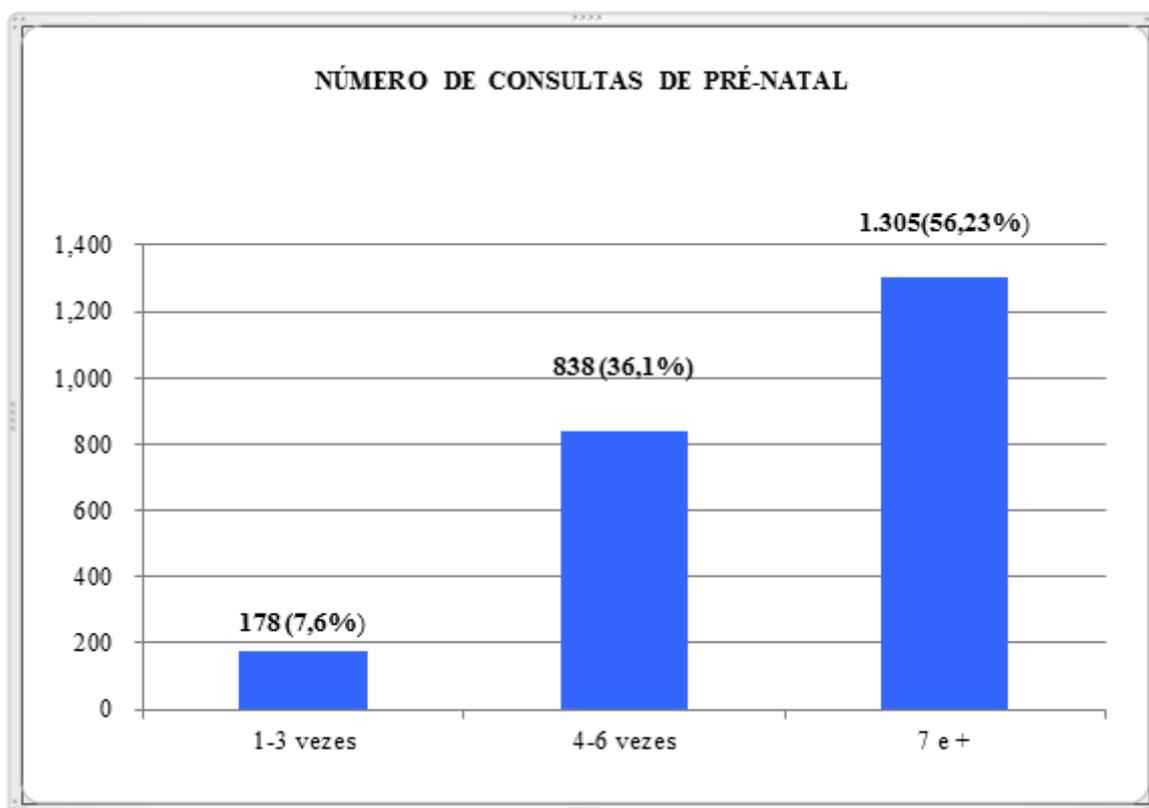


Figura 3 – Frequência de consultas de pré-natal realizadas pelas parturientes – Ji-Paraná/RO - 2012

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), menos da metade das mulheres fazem pré-natal, na média nacional, apenas 46% das

gestantes realizaram mais de sete consultas durante a gravidez. De modo geral, as proporções são extremamente baixas nos estados do Norte (25,8%) e Nordeste

Artigo/Article

(32,9%) e, mesmo nas regiões mais desenvolvidas, essas proporções estão um pouco acima de 50%. Em apenas três estados - São Paulo, Mato Grosso do Sul e Paraná - essas cifras ficam em torno de 60%. Em decorrência, as taxas de mortalidade infantil dos menores de seis dias são extremamente altas nas regiões onde a assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido é mais precária [18].

Estes dados obtidos pelo IBGE divergem com o presente estudo, onde se observou que a maioria das parturientes realizou sete ou mais consultas de pré-natal obtendo 1.305 (56,23%) no município de Ji-Paraná (RO), já 838 (36,1%) realizaram quatro a seis consultas de pré-natal, o que nos alerta a respeito da importância de uma atenção adequada dos serviços de saúde no que tange a manter estes números e também trabalhar para que o município atinja as metas propostas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com estudo realizado no Estado do Paraná no ano de 2009, foram encontrados dados semelhantes ao presente estudo, o que demonstrou que a maioria das parturientes realizou sete ou mais consultas de pré-natal (63,6%) [1]. Já no presente estudo houve predomínio de sete

ou mais consultas (56,23%). O que indica adesão das gestantes as consultas de pré-natal, deste modo tornando assim uma gravidez tranquila e sem intercorrências.

É essencial o papel do enfermeiro como um educador, o pré-natal é o momento ideal de se orientar a mulher em relação as alterações fisiológicas da gestação, parto, cuidados com si própria e com o recém-nascido, planejamento familiar, alimentação para que ela tenha uma gestação saudável, prevenindo intercorrências e agravos, proporcionando um parto e um pós-parto mais tranquilo e dentre outras ações educativas.

As orientações devem ser sempre reforçadas e direcionadas de maneira individualizada ou em grupo com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade materna e fetal, para que o parto e nascimento possam constituir-se em momentos de plena realização para a mulher e sua família.

A tabela 2 descreve o Município de origem da mãe, a análise das parturientes segundo o município de residência, apresenta a maior porcentagem para domicílios em Ji-Paraná com 80,72% e 6,06% residem fora do município. Do total de parturientes não-residentes em Ji-

Artigo/Article

Paraná, a maioria é moradora de Presidente Médici (6,06%) e de Alvorada D'Oeste (2,60%). As demais parturientes são moradoras de outros municípios, que representam valores menores que 0,04% até 1,48%.

Ji-Paraná (RO) é uma cidade de referência de parto de baixo risco, o que torna necessário uma adequada discussão da política pública em relação aos limites financeiros, favorecendo assim para uma boa assistência prestada e humanizada a essas gestantes de diferentes municípios.

A cidade do presente estudo é pactuada com os seguintes municípios: Alvorada D'Oeste, Costa Marques,

Governador Jorge Teixeira, Jarú, Mirante da Serra, Nova União, Ouro Preto do Oeste, Presidente Médici, São Francisco do Guaporé, Teixeiraópolis, Theobroma, Urupá, Vale do Anari e Vale do Paraíso. Totalizando, portanto, 14 municípios pactuados.

Os outros 18 municípios que não são pactuados com Ji-Paraná obtiveram uma pequena porcentagem das parturientes que tiveram partos no presente município. O que pode estar associado aos limites financeiros, não ser uma cidade que realiza partos de baixo risco nos respectivos municípios não pactuados.

Tabela 2 - Município de origem da mãe – Ji-Paraná/RO - 2012

MUNICÍPIO DE ORIGEM	NÚMERO	%
Alta Floresta D'Oeste	9	0,37
Alto Paraíso	1	0,04
Alvorada D'Oeste	63	2,60
Ariquemes	2	0,08
Buritis	2	0,08
Cacoal	4	0,16
Campo Novo de Rondônia	2	0,08
Castanheiras	2	0,08
Costa Marques	5	0,21
Cujubim	3	0,12

Artigo/Article

Governador Jorge Teixeira	5	0,21
Itapuã do Oeste	1	0,04
Jaru	24	0,99
Ji-Paraná	1.959	80,72
Machadinho D'Oeste	6	0,25
Mirante da Serra	18	0,74
Monte Negro	1	0,04
Nova União	3	0,12
Novo Horizonte do Oeste	1	0,04
Ouro Preto do Oeste	22	0,91
Pimenta Bueno	1	0,04
Porto Velho	5	0,21
Presidente Médici	147	6,06
Primavera de Rondônia	1	0,04
Rolim de Moura	12	0,49
São Francisco do Guaporé	30	1,24
São Miguel do Guaporé	15	0,62
Seringueiras	12	0,49
Teixeirópolis	5	0,21
Theobroma	1	0,04
Urupá	36	1,48
Vale do Anari	3	0,12
Vale do Paraíso	26	1,07
Total	2.427	100

De posse dos dados levantados no presente estudo pode-se ajudar o município a planejar estratégias a assistência prestada em relação à saúde materno-infantil, como ações educativas multidisciplinares,

capacitação de profissionais em relação ao pré-natal, intervenções educativas as comunidades e dentre outras estratégias.

O perfil das parturientes e seus recém-nascidos podem demonstrar se há

Artigo/Article

adesão das gestantes no pré-natal, se há planejamento de ações educativas em parte do enfermeiro e outros profissionais que trabalham em unidades básicas, o que evidencia a importância que o programa

4. CONCLUSÃO

Através dos dados coletados pelo SINASC possibilitou a análise em relação às condições de saúde dos recém-nascidos e de suas mães e de possíveis indicadores que possam influenciar na saúde e o desenvolvimento das crianças.

Conclui-se, portanto, através desses dados que os nascimentos estão ocorrendo de forma adequada e do mesmo modo a assistência ao pré-natal. Pois com posse nos resultados obtidos pode-se verificar que em relação a realização de consultas de pré-natal temos uma boa participação com números favoráveis para 6 consultas ou mais, os recém-nascidos estão com peso adequado, quanto a idade gestacional a maioria dos nascimentos ocorreram entre

para gestantes oferecido pelo SUS é de grande valia em termos de saúde pública, melhorando a qualidade de vida dos recém-nascidos.

37^a a 41^a semanas e entre outras variáveis que estão expostas no decorrer do contexto.

Algumas das variáveis expostas no presente estudo precisam ser trabalhadas como o alto índice de cesarianas e em questão a faixa etária das parturientes, podemos observar que houve predomínio de 20-34 anos, porém seguida da faixa etária de 15-19 anos dados estes que preocupam em relação aos fatores de risco as parturientes bem como as condições de nascimentos destes recém-nascidos.

Em relação ao alto índice de cesáreas a Organização Mundial da Saúde preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%, o que diverge ao presente estudo representando 60,11%.

Artigo/Article

Apesar das recomendações do Ministério da Saúde em relação ao parto cesáreo versus parto vaginal e suas vantagens, neste município ocorreram mais partos cesáreos.

Nas Unidades de Saúde, é necessário que sejam feitas intervenções educativas multidisciplinares abordando temas a começar de alterações fisiológicas desde o pós-parto para adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais, buscando um cuidado holístico, voltado para as necessidades biopsicossociais destas mulheres.

Assim, além de todas as diferenças expostas, este trabalho explicita que ações sejam implementadas para continuar a assistência adequada dessas mães aos serviços de saúde, pois através destas ações pode contribuir para a qualidade de vida materno infantil e continuar a adesão destas parturientes ao programa. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde busquem capacitação contínua para atender essas necessidades das parturientes.

Um ponto relevante no estudo foi em relação aos dados do IBGE, onde relata que menos das mulheres 46% realizam mais de sete consultas de pré-natal, este também relata que no estado do Norte

25,8% as proporções de consultas são extremamente baixas. O que diverge do presente estudo onde observou que a maioria das parturientes realizaram de sete a mais consultas (56,23%). Pode-se inferir que há adesão das parturientes as consultas de pré-natal e que há assistência prestada adequada.

A realização do presente estudo possibilitou identificar o perfil das parturientes e seus recém-nascidos, o que contribui para ajudar o município a verificar a situação da assistência do pré-natal e as condições de nascimento bem como, a identificação do município de origem ajudando na viabilização da pactuação entre estes municípios e planejar estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada em relação à saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] SILVA, G.F; PELOSSO, S.M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. Rev Esc Enferm USP, v. 43 (1): 95-102, 2009.

Artigo/Article

[2] SILVA, G.F; AIDAR, T; MATHIAS, T.A.F. Qualidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos no Estado do Paraná, 2000 a 2005. Rev Esc Enferm USP, v. 45 (1): 79-86, 2011.

[3] SILVEIRA, M.F; SANTOS, I.S; MATIJASEVICH, A; MALTA, D.C; DUARTE, E.C. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Caderno Saúde Pública; Rio de Janeiro, v. 25 (6): 1267-75, 2009.

[4] HENRIQUES, B.D; JÚNIOR, A.C.P. Perfil dos nascidos vivos em Viçosa, Minas Gerais, no período de 2001 a 2007. Rev Med Minas Gerais, v. 20 (4): 508-513, 2010.

[5] VARGENS, O.M.C; PROGIANTI, J.M; SILVEIRA, A.C.F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. Rev Esc Enferm USP, v. 42 (2): 339-46, 2008.

[6] GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. São Paulo; 2013. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/programacao-pactuada-e-integrada>, [acesso em 16 set 2013].

[7] SILVA, Z.P; ALMEIDA, M.F. Partos Domiciliares Acidentais e Mortalidade Infantil. In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2012.

[8] SILVA, Z.P; ALMEIDA, M.F; ORTIZ, L.P; ALENCAR, G.P; ALENCAR, A.P; SCHOEPS, D; et al. Características dos nascidos vivos, das mães e mortalidade neonatal precoce na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25(9): 1981-89, 2009.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

[10] RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de Risco Para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm, Guarapuava-PR, v. 13 (2): 297-304, 2009.

Artigo/Article

- [11] MANDARINO, N.R.; CHEIN, M.B.C.; JÚNIOR, F.C.M; BRITO, L.M.O; LAMY, Z.C; NINA, V.J.S; et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25 (7): 1587-96, 2009.
- [12] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- [13] MARGOTTO, P.R; MOREIRA, A.C.G. Classificação do Recém-nascido e Avaliação da Idade Gestacional. In: Souza ABG. Enfermagem Neonatal: Cuidado Integral ao Recém-nascido. São Paulo: editora Martinari; 2011. 55-62 e 35-53.
- [14] UCHIMURA, T.T; PELISSARI, D.M; UCHIMURA, N.S. Baixo peso ao Nascer e Fatores Associadas. Rev Gaúcha de Enferm., Porto Alegre (RS), v. 29 (1): 33-38, 2008.
- [15] BRANDÃO, C.F.F. Pediatria e Neonatologia. São Paulo: editora difusão cultural do livro; 2011.
- [16] SANTOS, G.H.N; MARTINS, M.G; SOUSA, M.S; BATALHA, S.J.C. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 31(7): 326-34, 2009.
- [17] GRENZEL, J.C.M; CAVALHEIRO, D.J; BINOTTO, V. A Adesão das Mulheres a Realização do Pré-natal no Município de Cruz Alta – RS. In: XVI Seminário, Interinstitucional de Ensino Pesquisa e Extensão. 2011.
- [18] MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>, [acesso em 13 set 2013].