

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LARISSA FRANÇA NEGRÃO

PARTOS E NASCIMENTOS EM PORTO ALEGRE NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

Porto Alegre

2009

LARISSA FRANÇA NEGRÃO

PARTOS E NASCIMENTOS EM PORTO ALEGRE NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre

2009

NADA É IMPOSSÍVEL DE MUDAR

Desconfiai do mais trivial,
Na aparência singela.
E o examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
Não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
Pois em tempo de desordem sangrenta,
De confusão organizada, de arbitrariedade consciente,
De humanidade desumanizada,
Nada deve parecer natural
Nada deve parecer impossível de mudar.

Bertolt Brecht

AGRADECIMENTOS

A todas as enfermeiras e enfermeiros, técnicas e técnicos de enfermagem que tive o prazer de conhecer durante o curso. Todos os professores que bem ou mal me ensinaram como ser a enfermeira que estou me tornando. À minha orientadora, Ana Bonilha, pelo apoio e paciência neste momento tão estressante de fim de curso.

À minha avó pelos conselhos, que mesmo que eu relutasse em acreditar estavam sempre certos. As minhas madrinhas, Marta e Denise por organizar a minha festa, pois o stress era grande demais para eu pensar nisso. Ao meu padrinho Marco pelos churrascos e champagnes maravilhosos. Ao meu tio Ivan, padrinho de coração, que mesmo longe sempre se preocupou com o meu crescimento profissional. À minha tia Miriam, madrinha de coração e praticamente uma segunda mãe, pelo exemplo de enfermeira responsável e lutadora do bem estar humano. Ao meu pai Luiz Felipe que, mesmo não tendo me visto como aspirante, estudante e enfermeira, foi a primeira pessoa que a me chamar de “minha enfermeirinha”. Ao meu irmão por acreditar no meu potencial e me incentivar a lutar contra todas as dificuldades.

Agradeço todos os meus colegas pelo companheirismo, principalmente o grupo das “FOFAS”: Denise, Camila, Charlise, Fernanda, Tatiane e Lara. A minha amiga Michele pelos cartões lindos e pela ajuda na finalização deste trabalho. Devo um agradecimento especial a um colega que se não fosse por ele não estaria finalizando este projeto agora, pois foi ele que sempre me incentivou a correr a traz dos prejuízos, mais que um colega, um pai, um amigo que espero nunca perder, Leone Ricardo Vargas Pinto.

A uma colega de profissão que nunca me abandonou, que viveu comigo os melhores e piores momentos do fim desta caminhada, que está sempre pronta para ajudar, enfim meu porto seguro, Luciana.

Às minhas amigas, Renata, Roberta e Thaís, de quem me afastei devido ao curso, mas que nunca me abandonaram, agradeço por acreditarem e entenderem os motivos das minhas ausências.

Às minhas colegas de estágio, Angélica, Jéssica, Karen e Rokely pelos momentos de aprendizado e descontração durante as pesadas visitas domiciliares às mães que haviam perdido seus filhos. A minha “orientadora” deste estágio, Mitiyo, pelo apoio, ensinamento, incentivo e principalmente companheirismo.

Além de todos estes gostaria de deixar um muito obrigado especial à minha mãe, Desirée França, que sempre me fez ver a realidade dolorosa da vida, mas que também sempre

me aturou e auxiliou nos momentos mais complexos desta e de muitas outras caminhada, TE
AMO MÃE.

A TODOS (AS) VOCÊS O MEU ETERNO OBRIGADA

RESUMO

NEGRÃO, L. F. **Partos e Nascimentos em Porto Alegre nos Últimos Dez Anos**. 2009. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS, Porto Alegre, 2009.

O Sistema Único de Saúde engloba ações de controle sociais, ambientais e estilo de vida da comunidade visando reduzir riscos e instigar atitudes saudáveis. Para isso é necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde. O objetivo deste estudo é analisar os dados secundários de partos e nascimentos no município de Porto Alegre nos últimos dez anos. Os dados para este estudo foram coletados de fontes de dados eletrônicas dos registros do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) que tem por objetivo reunir informações epidemiológicas dos nascimentos. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, do tipo quantitativo e transversal. Os totais de nascimentos cujas mães residiam no município de Porto Alegre nos anos de 1998, 2002 e 2007 são respectivamente: 23.193, 20.031 e 17.809. Verificou-se aumento da escolaridade e idade materna, assim como dos nascimentos ocorridos entre 22 e 36 semanas de gestação. O aumento exacerbado de partos operatórios e do baixo peso ao nascer mesmo com o aumento do número de consultas pré-natais, pode estar relacionado à qualidade do pré-natal. Outra hipótese é a falha de informação dos benefícios da realização de partos espontâneos. Foi possível notar melhorias e retrocessos quanto ao atendimento à gestação, parto e nascimento das crianças no Município de Porto Alegre. Salientando-se a necessidade dos gestores municipais, estaduais e federais de proporem ações para a redução das taxas de cesarianas, que se apresentou muito acima das taxas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde.

Descritores: Indicadores em saúde, Pré-natal, Parto, Nascidos Vivos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a Idade materna.....	18
Tabela 2 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a Escolaridade materna.....	19
Tabela 3 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o Número de consultas no pré-natal.....	20
Tabela 4 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a Duração da gestação em semanas.....	21
Tabela 5 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o Local de ocorrência do parto.....	22
Tabela 6 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o Local do parto – SUS – Convênio e Particular.....	23
Tabela 7 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o Tipo de parto.....	24
Tabela 8 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a Prematuridade.....	25
Tabela 9 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo ao Peso da criança ao nascer...	25
Tabela 10 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o APGAR da criança no primeiro e no quinto minuto de vida.....	26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVO.....	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 Pré-Natal no Sistema Único de Saúde.....	10
3.2 Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	11
3.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	12
4. METODOLOGIA.....	14
4.1 Tipo de Estudo.....	14
4.2 Campo de Ação.....	15
4.3 Coleta dos Dados.....	16
4.4 Análise dos Dados.....	16
4.5 Considerações Éticas.....	17
5. ANÁLISE DOS DADOS.....	18
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Programas de Saúde da Família (PSF). Essas compõem um conjunto de intervenções individuais e coletivas e têm por objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (STARFIELD, 2002). Essa forma de organização da saúde tem sido buscada para garantir o atendimento igualitário a toda a população.

A busca de condições adequadas de vida e saúde tem sido um anseio e uma luta de povos por todo o mundo. A universalidade, a equidade e a integralidade das ações têm disputado espaço com as propostas racionalizadoras e de contenção de custos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 518).

O acompanhamento das mulheres no período gestacional, o chamado Pré-natal, trata-se de uma parte fundamental destas intervenções (STARFIELD, 2002). A realização do Pré-natal é importante para a diminuição da mortalidade neonatal, pois as causas mais frequentes de óbitos neonatais são as afecções do período perinatal e neonatal, como as anomalias congênitas, afecções respiratórias do recém-nascido, entre tantas outras (LANSKI; FRANÇA; LEAL, 2002).

As políticas públicas de saúde priorizam as ações de saúde às mulheres devido a suas peculiaridades sócio-biológicas, isso deve se refletir nos indicadores de saúde de uma população. Em Porto Alegre, no ano de 2006, somente 80% das gestantes realizaram o pré-natal com o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, que é de seis consultas. Sabe-se que diversos agravos à saúde poderiam ser evitados se fosse realizado um pré-natal qualificado, o que diminuiria a morbimortalidade materno-infantil (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2006).

Durante o curso de graduação em enfermagem comecei a me identificar mais com os assuntos relacionados ao atendimento à criança. Posteriormente iniciei um estágio extracurricular que me aproximou das questões relacionadas aos óbitos infantis, quando verifiquei que as ocorrências dos óbitos neonatais eram mais frequentes que os demais. Percebi que, muitas vezes, as causas dos óbitos dos neonatos poderiam estar relacionadas com dados relacionados às condições da mulher no pré-natal, como a idade da mãe, escolaridade materna,

número de consultas no pré-natal, local da ocorrência do parto, local do Parto, tipo de parto, prematuridade, peso da criança ao nascer e Apgar.

Nos estágios curriculares observei que a realização do mínimo de consultas preconizado e seguimento das orientações no pré-natal estavam relacionada com o bom desenrolar do parto e nascimento do bebê. Com isso, motivei-me a estudar a evolução dos registros do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) nos últimos anos em Porto Alegre. Penso que o pré-natal, parto e a condição da criança ao nascer é comprovadamente um importante indicador para o bom desenvolvimento das ações de saúde e que tais informações podem levar a melhoria do atendimento de saúde na área da atenção pré-natal e neonatal.

2 OBJETIVO

Analisar os dados secundários de partos e nascimentos do sistema SINASC no município de Porto Alegre nos últimos dez anos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na revisão bibliográfica serão abordados os seguintes temas: pré-natal e o nascimento no município de Porto Alegre.

3.1 Pré-natal no Sistema Único de Saúde

Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, o pré-natal no Sistema Único de Saúde é composto pela atenção na rede básica e hospitalar.

Conforme a carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986) a saúde é um recurso utilizado para o progresso pessoal, econômico e social, transcendendo o setor sanitário e possui registros para garantir a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, uma justiça social e a equidade. O mesmo documento informa que a garantia da saúde deve ser dada pela política destacando a participação comunitária como fundamental.

Conforme o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), a rede básica de saúde é o contato inicial e preferencial da população com o serviço de saúde. Segundo este mesmo Conselho, um dos objetivos da atenção básica constitui-se na resolução de 80% da demanda dos serviços de saúde de uma comunidade (BRASIL, 2004). A atenção básica propõe ações de controle de fatores sociais, ambientais e de estilo de vida da comunidade visando eliminar riscos e estimular atitudes saudáveis (STARFIELD, 2002). Albuquerque e Stotz (2004) ressaltam que o foco da atenção básica deve ser o desenvolvimento de ações de educação em saúde, tendo os órgãos gestores nacionais o papel de desenvolver propostas para o financiamento de atividades educativas para a atenção básica.

O Pré-natal faz parte dos programas desenvolvidos na atenção básica pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e tem como objetivo a realização de uma abordagem integral da pessoa no seu contexto familiar e social (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2006).

Há um protocolo desenvolvido pela prefeitura de Porto Alegre que apresenta as diretrizes básicas para uma assistência adequada às gestantes. Um pré-natal adequado é importante para a detecção e intervenção precoce de situações de risco, o que qualifica não

somente o atendimento pré-natal, mas também qualifica a assistência ao parto e ao nascimento. Qualificações dessas ações repercutem nos indicadores de saúde das mães e dos recém-nascidos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2006).

3.2 Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Considera-se nascimento vivo a expulsão ou extração completa, do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação, de um produto de concepção, o qual, depois da separação, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical estando ou não desprendida a placenta. A cada parto cada criança que reúna essas condições é considerada como uma nascida viva (BRASIL, 2001).

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem por objetivo reunir informações epidemiológicas dos nascimentos ocorridos em todo o território nacional e foi implantado no Brasil em 1990. A implantação do SINASC ocorreu de forma lenta e gradual em todos os municípios da Federação. Os registros deste sistema têm como base dados de Cartório de Registro Civil, sendo possível auxiliar nas intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança, que permite a identificação das prioridades de intervenções e contribuir para a melhoria de todos os níveis do Sistema único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

O documento utilizado como entrada neste sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DNV). As DNVs são padronizadas para que as informações sejam iguais em todo o território brasileiro e o funcionamento do SINASC segue certas diretrizes. Tais diretrizes definem normas e providências para o registro, aprovam a estrutura regimental do Ministério da Saúde (MS) e cria a Secretaria de Vigilância e Saúde (SVS). A SVS é responsável por regulamentar rotinas de coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio das informações, definir variáveis, realizar críticas e agregar dados, imprimir e distribuir documentos de captação das declarações de nascidos vivos e a ordenar alterações necessárias (BRASIL, 1990).

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é impressa em três vias previamente numeradas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, tal documento é distribuído gratuitamente às secretarias estaduais de saúde que o fornece às secretarias municipais de saúde, que repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios de registro civil.

As DNVs possuem dados referentes: a idade materna (em anos), escolaridade materna (em anos de estudo concluídos), número de consultas pré-natal, duração da gestação (em

semanas), local da ocorrência do parto, tipo de parto, peso da criança ao nascer (em gramas) e o índice de APGAR no primeiro e no quinto minuto de vida (BRASIL, 1990).

As secretarias municipais de saúde devem consolidar e avaliar os dados referentes às Declarações de Nascidos Vivos e encaminhá-las às Secretarias Estaduais de Saúde, onde os dados são processados e posteriormente criticados. Cabe às secretarias municipais realizar uma busca ativa em casos de crianças não registradas. Esta busca deve valer-se das equipes de Saúde da Família, dos agentes comunitários e parteiras tradicionais, existentes em alguns municípios. Posteriormente tais dados são encaminhados para a Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE), onde são consolidados na esfera nacional para posterior análise e disponibilização via Internet e mídia eletrônica (BRASIL, 1990).

Para que tais informações sejam fornecidas de forma correta a Coordenação Geral de Análise de Informação em Saúde (CGAIS) criou um manual para os profissionais envolvidos com a operacionalização do SINASC. Este manual disponibiliza procedimentos do sistema que inclui o fluxo dos documentos, rotinas do processamento dos dados e atribuições da instância federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). O Centro de Documentação e Informação em Saúde (CEDIS) do município de Porto Alegre implantou o SINASC em março de 1992 e desde então tem investido na qualidade das informações produzidas. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 1995)

3.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde em junho de 2000. Este programa estabelece como objetivos do pré-natal a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, a ampliação do acesso ao pré-natal, o estabelecimento de critérios para a qualificação das consultas e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. Foram estabelecidos critérios para prover os municípios de um modelo básico de assistência. Estes critérios se baseiam no fato que cada município realize as ações, como a captação precoce das gestantes, as ações educativas com gestantes; a oferta do teste anti HIV e de exames de urina, glicemia e VDRL no 1º trimestre e retorno da puérpera à unidade de saúde para a consulta puerperal. Isso levaria à compreensão de que somente o conjunto dessas ações, refletiria a integralidade e produziria o impacto que a assistência do pré-natal necessita (BRASIL, 2000).

Os dados do Sistema de Informação do acompanhamento Pré-Natal (SISPRENATAL) de Porto Alegre eram encaminhados a base de dados nacional até o ano de 2003. Neste ano o PHPN foi implantado no município. O gerenciamento do SISPRENATAL era responsabilidade da Assessoria de Planejamento/SMS até 2005. Neste ano tal gerenciamento passou para a Equipe de Eventos Vitais Doenças e Agravos não Transmissíveis. Desde de então se iniciou um contato direto com os serviços de saúde. Passou-se a realizar capacitações sobre o PHPN e fluxos do SISPRENATAL para todas as equipes de saúde (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Os critérios estabelecidos para a atenção pré-natal pelo PHPN prevêm a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação; a garantia da realização do mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; uma consulta no puerpério até quarenta e dois dias após o parto. Estabelece a realização de exames laboratoriais como: ABO/Rh, na primeira consulta; VDRL, na primeira consulta e na trigésima semana de gestação; urina de rotina na primeira consulta e na trigésima semana de gestação; glicemia de jejum na primeira consulta e na trigésima semana de gestação; hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; oferta de teste de HIV a qualquer momento, além da realização na primeira consulta nos municípios com mais de cinquenta mil habitantes. A aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; atividades educativas; classificação de risco gestacional que pode ser realizada da primeira a última consulta e, caso a gestante seja classificada como de risco, ela tem garantido o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento tanto ambulatorial quanto hospitalar (BRASIL, 2000). Todos esses cuidados devem ser realizados para a gestação transcorra de forma segura tanto para a mãe quanto para o feto, assegurando a saúde de ambos após o parto.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, do tipo quantitativo e transversal. Rouquayrol e Almeida Filho (1999) descrevem estudos transversais como aquela onde a produção dos dados é realizado em um determinado tempo.

Pesquisa exploratória define-se pelo levantamento bibliográfico com finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores, visando proporcionar maior conhecimento do assunto para o pesquisador, para que este possa formular problemas ou hipóteses por estudos posteriores (GIL, 2002).

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população. Esta visa descrever características de determinados grupos, processo numa organização e estudo do nível de entendimento de entidades (GIL, 2002).

4.2 Campo de Ação:

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande Sul, Brasil. Esta possui uma área 470,25 km² e conta com 78 bairros (BRASIL, 2000). A capital conta com 1.430.220 habitantes Com composição étnica 82% de brancos, 8% de mestiços, 8% de negros e 2% de asiáticos. (BRASIL, 2007). Segundo dados da ONU e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2001), Porto Alegre possui o "Melhor Índice de Desenvolvimento Humano" (IDH) entre as metrópoles nacionais (BRASIL, 2007).

A cidade conta com 35 hospitais, 883 clínicas, 204 consultórios, 19 laboratórios de análises patológicas, 41 laboratórios de análises clínicas, num total de 1.182 estabelecimentos voltados aos serviços de saúde. O total de leitos hospitalares em Porto Alegre é 7.906, sendo 5.816 ocupados pelo SUS (GERCHMANN, 2004).

Porto Alegre conta com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, hospital de ensino da UFCSPA e o Hospital São Lucas. Como hospitais privados, são referência o Hospital Moinhos de Vento, o

Hospital Mãe de Deus. O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre é referência no atendimento das urgências e emergências traumatológicas (GERCHMANN, 2004).

4.3 Coleta dos Dados

Os dados utilizados neste estudo são provenientes dos registros das declarações de nascidos vivos, cujas mães são residentes no município de Porto Alegre nos últimos dez anos, com análise dos registros dos anos de 1998, 2002 e 2007 do SINASC.

Serão utilizadas como fontes de dados os registros do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os dados referentes ao período de interesse do estudo estão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e Equipe de Eventos Vitais (EEV) no site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Foram construídas 10 tabelas divididas conforme dados referentes à Idade da mãe, Escolaridade materna, Número de consultas no Pré-natal, Duração da gestação em semanas, Local da ocorrência do Parto, Local do Parto, Tipo de parto, Prematuridade, Peso da criança ao nascer e APGAR no primeiro e quinto minuto de vida.

Para a coleta de dados foi utilizado a Internet Explorer. Tais coletas ocorreram no período de abril a novembro de 2009. Os dados foram coletados diretamente do site da prefeitura de Porto Alegre, para garantia da veracidade dos dados.

Os referenciais teóricos foram adquiridos através do Scientific Electronic Library Online (SCIELO – Brasil). Houve a preocupação de referenciar todos os autores cujos estudos foram utilizados no presente estudo.

4.4 Análise dos Dados:

Foram consideradas variáveis independentes: Idade da mãe (10 a 17 anos, 18 a 34 anos e 35 a 53 anos), Escolaridade materna (Nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais anos), Número de consultas no Pré-natal (Nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, mais de 6 consultas), Duração da gestação em semanas (0 a 21 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 36 semanas, 37 a 42 semanas e maior de 42 semanas) , Local de ocorrência do parto (Hospital e Domicílio), Local

do Parto (Hospitais do SUS e Conveniados e Particulares), Tipo de parto (Espontâneo e Operatório) , Prematuridade (Prematuro e A termo), Peso da criança ao nascer(< de 1.500g, 1.500 a 2.499g, 2.500 a 2.999g, 3.000 a 3.999g e >4.000g) e Apgar da criança ao nascer (0 a 3, 4 a 7, 8 a 10).

Estudou-se a associação entre as variáveis dependentes e independentes. Formulou-se tabelas separadamente no Programa Excel para cada variável e posterior calculo percentual das variáveis. Para a análise utilizou-se os percentuais.

4.5 Considerações Éticas:

Os aspectos éticos desta pesquisa foram respeitados, sendo referenciados todos os autores e suas obras utilizadas no estudo. Todos os autores foram citados, os quais apresentaram idéias centrais ou palavras referentes ao tema em questão, especificando assim as citações literais conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 ANÁLISE DOS DADOS

Cabe aqui ressaltar que a declaração de Nascido Vivo (DN) sofreu modificações que foram implantadas no município de Porto Alegre no ano de 2000. Os registros dos dados apresentados sofreram alterações referentes à escolaridade materna, idade gestacional, número de consultas no Pré-natal e o tipo de parto (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2003). Tais alterações causaram certa descontinuidade da análise da série histórica dessas variáveis que serão consideradas na análise dos dados apresentados no presente trabalho.

Tabela 1 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a idade materna, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007

Idade da mãe	1998		2002		2007	
	n	%	n	%	n	%
10 a 17 anos	2.205	9,5	1.723	8,6	1.356	7,6
18 a 34 anos	17.648	76,1	15.175	75,6	13.632	76,5
35 a 53 anos	3.318	14,3	3.121	15,7	2.821	15,8
ignorada	6	0,0	3	0,0	0	0,0
Ajuste	16	0,1	9	0,1	0	0,0
TOTAL	23.193	100,0	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC/ CGVS

Na Tabela 1, observa-se que os totais de nascimentos de crianças cujas mães residiam no município de Porto Alegre nos anos de 1998, 2002 e 2007 são respectivamente: 23.193, 20.031 e 17.809 respectivamente. Desta forma houve um decréscimo no número de nascimentos por ano no Município.

A Tabela 1 dispõe sobre a idade das mães, o percentual das mães entre 10 e 17 anos obteve uma diminuição ao longo dos anos, apresentando uma queda de 1,1% entre 1998 e 2002 e de 1,0% entre 2002 e 2007. O percentual de mães com idades entre 18 e 34 anos manteve uma média percentual ao longo dos anos, obtendo uma queda de 0,5% entre 1998 e

2002 e um aumento de 0,9% entre 2002 e 2007. Entre as mães com idades entre 35 e 53 anos houve variações percentuais que demonstram um aumento do número de gestantes nesta idade, demonstrado na tabela por um aumento de 2,4% entre 1998 e 2002, praticamente mantendo-se o mesmo percentual entre 2002 e 2007, com um aumento de 0,1% entre esses anos.

Tabela 2 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a Escolaridade materna, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007.

Escolaridade e materna	1998		Escolaridade e materna	2002		2007	
	n	%		n	%	n	%
Nenhuma	311	1,3	Nenhuma	176	0,9	76	0,4
1° Grau incompleto	10.320	44,5	1 a 3 anos	988	4,9	567	3,2
1° Grau completo	4.410	19,0	4 a 7 anos	6.774	33,8	4.284	24,1
2° Grau	5.316	22,9	8 a 11 anos	6.726	33,6	7.662	43,0
Superior	2.688	11,6	12 ou mais anos	5.209	26,0	5.199	29,2
Ignorada	132	0,6	Ignorada	149	0,7	21	0,1
Ajuste	16	0,1	Ajuste	9	0,0	0	0,0
TOTAL	23.193	100,0	TOTAL	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS

A variável escolaridade da mãe, na Tabela 2, obteve uma mudança na organização dos registros. Até 1999 a escolaridade materna era dividida em: nenhuma, 1° grau incompleto, 1° grau completo, 2° grau e superior. A partir de 2000 a escolaridade materna foi redividida em nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos e de 12 ou mais anos. Assim pode considerar a equivalência entre os anos de estudo, sendo considerado o 1° grau incompleto equivalente a escolaridade de 1 a 3 anos de estudo, o 1° grau completo equivalente a escolaridade de 4 a 7 anos de estudo, o 2° grau equivalente a 8 a 11 anos de estudo e o superior equivalente a 12 ou mais anos de estudo. Segundo relatório do SINASC essa mudança na avaliação dos dados pode ter dificultado o entendimento sobre o correto preenchimento do

campo, decorrente também da inclusão de cursos técnicos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2003).

Conforme demonstra a Tabela 2 o número de gestantes sem nenhuma escolaridade permaneceu inalterada, com alteração de 0,4% entre 1998 e 2002 e de 0,5% entre 2002 e 2007. As mães com o primeiro grau incompleto apresentou uma queda significativa, diminuindo 39,6% entre 1992 e 2002, já a queda entre 2002 e 2007 foi menor, porém significativa de 1,7%. Por outro lado o item de primeiro grau completo obteve um aumento e uma posterior diminuição significativa demonstrada pelo dados, aumentando o percentual em 14,8% entre os anos de 1998 e 2002, e uma queda entre os anos de 2002 e 2007 de 9,7%, porém não superou a o aumento anterior, o que demonstra um aumento na escolaridade materna. Quanto a escolaridade das mães com 2º grau demonstrou um aumentou significativo, observando-se um aumento de 10,7% entre 1998 e 2002, seguido de outro aumento de 9,4% entre 2002 e 2007, totalizando um aumento de 20,0% no período estudado. A escolaridade das mães de nível superior foi o que obteve o maior aumento, elevando-se em 14,4% entre 1998 e 2002, e em 2,8% entre 2002 e 2007, totalizando um aumento de 27,2% no período de dez anos.

Tabela 3 - Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o número de consultas no Pré-Natal, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007

Número de consultas no Pré-Natal	1998		Número de consultas no Pré-Natal	2002		2007	
	n	%		n	%	n	%
Nenhuma	1.488	6,4	Nenhuma	795	4,0	475	2,7
Até 6	8.592	37,1	1 a 3	2.071	10,3	1.383	7,8
Mais de 6	12.969	56,0	4 a 6	4.845	24,2	3.522	19,8
Ignorado	128	0,6	Mais de 6	12.236	61,1	12.370	69,5
Ajuste	16	0,1	Ignorado	75	0,4	59	0,3
			Ajuste	9	0,0	0	0,0
TOTAL	23.193	100,0	TOTAL	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS.

Igualmente a escolaridade materna, o número de consulta no pré-natal também sofreu mudanças quanto ao modo de registro no sistema e avaliação (PREFEITURA MUNICIPAL

DE PORTO ALEGRE, 2003). Sendo assim analisarei os dados realizando uma equivalência entre os dados de 1998 referentes a realização de até 6 consultas pré-natais com o somatório dos dados de 2002 referentes a realização de 1 a 3 consultas com as de 4 a 6 consultas pré-natais e mantereí a análise nos anos de 2002 e 2007, pois ambos apresentam a mesma forma de cadastro e avaliação.

O número de consultas pré-natais obteve um aumento geral, demonstrada pelos dados da Tabela 3. Os dados referentes às gestantes que não realizaram nenhuma consulta pré-natal diminuiu em 1,4% entre 1998 e 2002, e em 1,3% entre 2002 e 2007. O percentual de até 6 consultas pré-natais obteve uma queda de 9,5% entre os anos de 1998 e 2002. Já entre os anos de 2002 e 2007 o percentual de 1 a 3 consultas pré-natais diminuiu em 1,5%, e de 4 a 6 consultas, observa-se uma queda de 4,4% entre estes mesmos anos. Destaca-se que os dados desta tabela demonstram um aumento do percentual de mais de 6 consultas Pré-natais, aumentando em 5,1% entre 1998 e 2002, e um aumento de 8.4% entre 2002 e 2007.

Tabela 4 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a Duração da Gestação em semanas, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007.

Duração da Gestação em semanas	1998		Duração da Gestação em semanas	2002		2007	
	n	%		n	%	n	%
0 a 21 semanas	11	0,0	0 a 21 semanas	7	60,0	4	0,0
22 a 27 semanas	100	0,4	22 a 27 semanas	87	0,4	98	0,5
28 a 36 semanas	1.764	7,6	28 a 31 semanas	211	1,1	186	1,0
37 a 42 semanas	20.783	89,6	32 a 36 semanas	1.705	8,5	1.587	8,9
maior 42 semanas	498	2,1	37 a 41 semanas	17.763	88,7	15.835	88,9
Ignorada	21	0,2	42 e mais semanas	214	1,1	76	0,4
Ajuste	16	0,1	Igonorada	35	0,2	23	0,1
			Ajuste	9	0,0	0	0,0
Total	23.193	100,0	Total	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS.

A Tabela 4 trata da duração da gestação em semanas. Como nos dados anteriores a duração da gestação também sofreu alterações no registro e análise, em 1998 a duração da gestação era dividida em zero a vinte e uma semanas, de vinte e duas a vinte e sete semanas, de vinte e oito a trinta e seis semanas, de trinta e sete a quarenta e duas semanas e mais de quarenta e duas semanas. Em 2002 e 2007 a divisão era igual até a vigésima sétima semana, e de quarenta e duas e mais semanas, diferenciando-se a divisão entre a vigésima oitava e a quadragésima primeira semana. Em 2002 e 2007 a divisão dava-se de vinte e oito a trinta e uma semanas, de trinta e duas a trinta e seis semanas e de trinta e sete a quarenta e uma semanas.

Segundo o próprio sistema os nascidos vivos entre 0 e 36 semanas são considerados pré-termos(PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2003). Pode-se notar que houve um aumento significativo no percentual de nascimentos de pré-termos de 2,0% entre os anos de 1998 e 2002, e entre 2002 e 2007 este aumento foi menor com um percentual de 0,4%. Concomitantemente houve uma queda na duração das gestações de 37 a 42 semanas entre os anos de 1998 e 2002 de 0,9%, e um pequeno aumento entre 2002 e 2007 de 0,2%. A diminuição na duração da gestação também demonstra queda nas gestações que duraram mais de 42 semanas, diminuindo 1,0% entre 1998 e 2002, e em 0,7% entre 2002 e 2007.

Tabela 5 – Distribuição dos Nascidos segundo o Local da ocorrência do parto, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007

Local da ocorrência do parto	1998		2002		2007	
	n	%	n	%	n	%
Hospital	22.946	98,9	19.877	99,2	17.688	99,3
Domicílio	166	0,7	94	0,5	69	0,4
Outros estabelecimentos	36	0,2	19	0,1	36	0,2
Outros	29	0,1	31	0,2	15	0,1
Ignorados	0	0	1	0,0	1	0,0
Ajuste	16	0,1	9	0,0	0	0,0
TOTAL	23.193	100,0	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS

Tabela 6 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o Local do parto – SUS – CONVÊNIO E PARTICULAR, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007

Local do Parto	1998		2002		2007	
	n	%	n	%	n	%
SUS						
HCPA	2.902	12,5	2.678	18,3	2.453	19,2
Fêmeina	3.107	13,4	2.519	17,2	1.999	15,7
N.S.Conceição	3.411	14,7	2.944	20,2	2.950	23,1
Presidente Vargas	1.604	6,9	1.145	7,8	1.120	8,8
Santa Casa	3.661	15,8	3.562	24,4	2.292	17,9
São Lucas PUC	2.049	8,8	1.771	12,1	1.956	15,3
TOTAL	16.734	100,0	14.619	100,0	12.770	100,0
Convênio e Particular						
Divina Providência	1338	6,0	1.001	19,1	1.109	22,9
Ernesto Dornelles	825	3,6	702	13,5	460	9,5
Geral do Exército	60	0,3	105	2,0	70	1,4
Mãe de Deus	1.363	5,9	1.097	20,9	1.083	22,4
Moinhos de Ventos	1.837	7,9	1.811	34,5	1.711	35,5
ULBRA	721	3,1	526	10,0	401	8,3
TOTAL	6.144	100,0	5.242	100,0	4.834	100,0

Fonte: SINASC / CGVS

Quanto ao local da ocorrência do parto (Tabela 5) não se observa grandes alterações. A maior diferença ocorreu entre os partos domiciliares que diminuiram 0,2% entre 1998 e 2002 e 0,1% entre 2002 e 2007. Os partos hospitalares aumentaram 0,3% entre 1998 e 2002 e de 0,1% entre 2002 e 2007. Os demais estabelecimentos não obtiveram alterações percentuais significantes

Dentre os locais da ocorrência dos partos (Tabela 6) é importante ressaltar a diferença entre a ocorrência dos partos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e hospitais conveniados e particulares. O percentual de partos pelos hospitais do SUS obteve um aumento percentual de 0,5% entre 1998 e 2002, porém teve uma diminuição de 1,1% entre os anos de 2002 e 2007. Quanto aos partos realizados em hospitais conveniados e particulares obteve-se uma leve diminuição de 0,5% entre os anos de 1998 e 2002 e um aumento de 1,2% entre os anos de 2002 e 2007. Desta forma pode-se afirmar que o padrão do local das ocorrências do parto foi mantido, embora tenha sofrido pequenas alterações.

Tabela 7 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo ao tipo de parto, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007

Tipo de parto	1998		2002		2007	
	n	%	n	%	n	%
Espontâneo	14.221	61,3	11.805	58,9	9.193	51,6
Operatório	8.310	35,8	8.216	41,1	8.615	48,4
Fórceps	643	2,8	-	-	-	-
Outros	2	0,0	-	-	-	-
Ignorados	1	0,0	1	0,0	1	0,0
Ajuste	16	0,1	9	0,0	0	0,0
Total	23.193	100,0	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS

Até o ano de 2000 constava nas declarações de nascidos vivos (DNVs) o parto espontâneo, operatório, com fórceps, outros e ignorados. Entretanto após esse ano houve uma mudança na DNVs, onde o tipo de parto foi dividido em três tipo: Vaginal, Cesariana e Ignorado. Considerando-se o parto vaginal como todos os partos por via baixa, com ou sem a utilização de fórceps e vácuo-extrator (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2008).

Este dado torna-se importante para a análise dos dados do presente trabalho. Para que esta mudança não afete tal análise resolvi realizar o somatório dos partos com fórceps de 1998 com os partos espontâneos. Sendo assim, conforme demonstra a Tabela 7, o percentual de partos espontâneos em 1998 foi de 64,1% obtendo queda nos anos seguintes. Passando para 58,9% em 2002 e para 51,6 em 2007. Por outro lado notou-se um aumento no número de

partos operatórios, que saltou de 35,8% em 1998 para 41,1% em 2002 e chegando a 48,4% em 2007

Tabela 8 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo a Prematuridade, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007

Prematuridade	1998		2002		2007	
	n	%	n	%	n	%
Prematuro	1.875	8,1	2.010	10,1	1.875	10,5
A termo	21.281	91,7	17.977	89,7	15.911	89,3
Ignorado	21	0,1	35	0,2	23	0,2
Ajuste	16	0,1	9	0,0	0	0,0
TOTAL	23.193	100	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS

Assim como o número de partos cirúrgicos aumentou, a Tabela 8 demonstra um aumento do número de prematuros. Este fato constata-se pelo aumento de 2,0% do percentual entre 1998 e 2002 e de 0,4% em 2002 e 2007. Refletindo-se na diminuição dos nascimentos a termo nas mesmas percentagens do aumento dos nascimentos prematuros.

Tabela 9 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo ao Peso da criança ao nascer, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007.

Peso da criança ao nascer	1998		2002		2007	
	n	%	n	%	n	%
< de 1.500g	303	1,3	325	1,6	278	1,6
1.500 a 2.499g	1.882	8,1	1.731	8,6	1.518	8,5
2.500 a 2.999g	5.407	23,3	4.787	23,9	4.224	23,7
3.000 a 3.999g	14.217	61,3	12.170	60,9	10.936	61,4
> 4.000g	1.364	5,9	1.002	5,0	845	4,7
Ignorado	4	0,0	9	0,0	8	0,1
Ajuste	16	0,1	9	0,0	0	0,0
TOTAL	23.193	100,0	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS

Conforme demonstra a Tabela 9 o peso da criança com menos de 1.500g aumentou 0,3 % entre 1998 e 2002, e entre os anos de 2002 e 2007 o percentual permaneceu igual. As crianças que nasceram com peso de 1,5g a 2,499Kg aumentou 0,4% entre 1998 e 2002, e diminuiu 0,1% entre 2002 e 2007. As crianças que nasceram com 3.000Kg a 3.999g diminuiu 0,4% entre 1998 e 2002, e aumentou 0,5% entre 2002 e 2007. Já as crianças que nasceram com ou mais de 4.000g obteve queda de 0,9% entre 1998 e 2002, e de 0,3% entre 2002 e 2007.

Tabela 10 – Distribuição dos Nascidos Vivos segundo o Apgar da criança ao nascer no primeiro e quinto minuto de vida, Porto Alegre, RS, 1998, 2002, 2007

Apgar da criança ao nascer	1998		2002		2007	
	n	%	n	%	n	%
1° MINUTO						
0 a 3	674	2,9	524	2,6	400	2,2
4 a 7	2.780	12,0	2.374	11,8	1.995	11,2
8 a 10	19.401	83,7	16.956	84,7	15.332	86,1
Ignorado	322	1,4	168	0,8	82	0,5
Ajuste	16	0,1	9	0,0	0	0,0
TOTAL	23.193	100,0	20.031	100,0	17.809	100,0
5° MINUTO						
0 a 3	99	0,4	67	0,3	35	0,2
4 a 7	625	2,7	499	2,5	430	2,4
8 a 10	22.149	95,5	19.309	96,4	17.266	97,0
Ignorado	304	1,3	147	0,7	78	0,4
Ajuste	16	0,1	9	0,0	0	0,0
TOTAL	23.193	100,0	20.031	100,0	17.809	100,0

Fonte: SINASC / CGVS

O índice de Apgar demonstra a avaliação da vitalidade do recém-nascido ao nascimento, este é realizado no primeiro e quinto minuto de vida. A Tabela 10 demonstra que o índice de Apgar no primeiro minuto de vida obteve melhora entre os anos de 1998, 2002 e 2007. Isso é demonstrado na tabela 10 com o aumento do índice ideal (8 a 10 pontos) no primeiro minuto de vida que é de 0,1% entre 1998 e 2002, e de 0,4% entre 2002 e 2007. O

mesmo ocorreu com esse índice no quinto minuto de vida que variou em 0,9% entre 1998 e 2002, e em 0,6% entre 2002 e 2007.

6 DISCUSSÃO

Em relação aos partos e nascimentos ocorridos em Porto Alegre, percebe-se na análise que as mães entre 10 e 17 anos de idade apresentaram uma queda de 2,1% entre os anos de 1998 e 2007, seguida de um aumento de 1,5% entre as mães com idades entre 35 a 53 anos. Observou-se também um aumento na escolaridade das mães nestes mesmos anos, o percentual de mães com o ensino médio obteve um aumento total de 20,1% e as com ensino superior aumentou em 17,6%. Tais dados podem representar uma tendência de que as mulheres estão dando mais valor à escolarização e esperando para ter filhos mais tardiamente.

Outros estudos demonstram que a preocupação com a gravidez na adolescência ainda é um fator preocupante. Um estudo realizado em Campinas, SP, no ano de 1999, evidenciou uma percentagem de mães adolescentes era de 17,8% e a taxa de escolaridade referente ao primeiro grau incompleto foi de 54,9% (CARNIEL *et al.*, 2003). Em outro, realizado em no Vale do Paraíba, no ano de 2004, o percentual das mães com idade abaixo de 20 anos foi de 17,5% e a escolaridade com oito ou mais anos de estudo foi de 62,4%, em tal estudo foi evidenciado que a baixa idade materna está relacionada a baixa escolaridade em municípios de áreas rurais com menos infra-estrutura.(HAU; NASCIMENTO; TOAMZINI, 2009).

No Boletim Epidemiológico de Curitiba, 2005 os percentuais de idade materna apresentaram uma queda de 2,5% entre as mães com idades de 17 a 19 anos e um aumento de 3,4% entre as mães com idades entre 30 e 39 anos. O que se aproxima mais da evolução da idade materna no nosso município. Quanto a escolaridade das mães residentes em Curitiba houve um aumento na escolaridade materna, evidenciada pela queda de 10,6% das mães com 1 a 7 anos de estudo, concomitantemente com um aumento de 3,9% das mães com 12 ou mais anos de estudo (SÃO PAULO, 2005). O que pode reforçar a hipótese de que o aumento da idade materna está diretamente relacionado à escolaridade materna.

A diminuição do percentual de mães adolescentes em Porto Alegre pode estar relacionada a diferentes fatores. Segundo Carniel *et al.* (2003), a vigilância específica das unidades de saúde, a parceria com escolas, entidades não governamentais e grupos da comunidade poderiam oferecer educação em saúde, apoio às necessidades próprias da idade e profissionais e assim contribuir para que a decisão de engravidar seja uma escolha consciente.

No presente estudo verificou-se um aumento de 12,6% de partos operatórios. Tal fator poderia estar relacionado ao aumento de partos realizados em hospitais particulares e conveniados, porém essa hipótese não se confirmou, pois o padrão do local onde os partos

ocorreram foi mantido. Em Porto Alegre é predominantemente hospitalar, com aumento de 0,4%. Tal fato poderia estar relacionado ao aumento na taxa de partos realizados em hospitais particulares e conveniados, porém não se observou um aumento significativo na ocorrência de partos em hospitais conveniados e particulares com um índice total de aumento nos dez anos estudos de apenas 0,6%. Os índices de prematuridade apresentaram aumento de 2,4% nos últimos dez anos, supõe-se que tal fato pode estar relacionado ao aumento do percentual de partos operatórios.

Entretanto em outro estudo realizado no Vale do Paraíba constatou-se que mães com maior grau de instrução possuíam maior chance de realizar partos operatórios com um índice de 75,8% (HAU; NASCIMENTO; TOMAZINI, 2009). Neste estudo foi sugerida a hipótese de este índice ser decorrente da opção da mãe ou médica, pois se constatou uma maior frequência de partos operatórios em hospitais privados que possuíam convênio médico e que tais mães apresentavam um maior índice de escolaridade, que geralmente possuem melhores condições econômicas. (HAU; NASCIMENTO; TOMAZINI, 2009). Assim os dados do nosso estudo com os do estudo referido pode sugerir a vinculação do aumento da taxa de cesarianas com o aumento da escolaridade materna.

Um estudo realizado em um Centro de Saúde do município de Campinas, SP em 2005, demonstrou que todos os partos realizados em 1999 foram hospitalares e que 50,3% das mulheres realizaram partos operatórios, o índice Brasileiro na época era de 38,1%, muito menor do verificado no estudo (2003). Em Campinas o incremento na proporção de cesarianas foi de 6,9% entre os anos de 2000 e 2004. Os percentuais referentes ao número de consultas no pré-natal elevaram-se, apresentado um aumento de 13,5%, entre os anos de 1998 e 2007, para as mães que realizaram seis ou mais consultas. Contudo esta melhoria não se refletiu na melhoria do peso da criança ao nascer que apresentou um aumento total de 0,7% para os recém-nascidos com menos de 2.500g e uma queda de 1,2% para os recém-nascidos com mais de 4.000g. Mesmo com a implantação do PHPN no município de Porto Alegre em 2003 supõe-se que não ocorreram melhorias na qualidade do atendimento pré-natal, pois se tal melhoria tivesse ocorrido os percentuais de baixo peso estariam menores que os observado. O PHPN possui objetivos claros de redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, ampliação do acesso ao pré-natal, promoção do vínculo entre assistência ambulatorial e parto como também estabelece critérios de qualificação das consultas. (SERRUYA, LAGO E CECATTI; 2004). Em Campinas, no ano de 2004 o índice de consultas pré-natais apresentou uma média de 70% das mães que realizaram mais de seis consultas (HAU; NASCIMENTO; TOMAZINI, 2009).

A duração da gestação apresentou uma queda de 1,7% nos nascimentos com 42 ou mais semanas de gestação concomitantemente com um aumento de 2,4% nos nascimentos ocorridos entre 22 e 36 semanas de gestação. Tal fator também pode estar relacionado ao aumento do baixo peso da criança ao nascer. Pensou-se na hipótese que a relação entre o baixo peso ao nascer e o aumento do nascimento de prematuros pudesse ter ocorrido pela diminuição do número de consultas no pré-natal o que não foi confirmado através da coleta e análise dos dados. Pois houve um aumento de 13,5% na realização de mais de 6 consultas no pré natal, porém aumentou também o percentual de prematuridade, entre 1998 e 2007, em 2,4%.

O Boletim Epidemiológico de Curitiba, 2005 também demonstrou um aumento relativo na proporção de nascidos vivos com peso na faixa de 1500g e 2499g juntamente com o incremento de 5,9% em 2000 e 6,9% em 2004 entre os prematuros, quanto ao número de consultas de pré-natal dados deste estudo revelaram estabilidade. Em Campinas verificou-se que 6,5% das crianças nasceram prematuras, 9% com peso inferior a 2500g e 24,3% com peso entre 2500g e 2999g, observando-se neste estudo que 44,3% das mulheres haviam realizado menos de sete consultas de pré-natal. Contrariamente houve um aumento de 2,4% nos nascimentos de prematuros (CARNIEL *et al.*, 2003).

Conforme estudo realizado em Porto Alegre, em 2002, o número de consultas de pré-natal é um dos indicadores de qualidade do pré-natal, porém o resultado deste estudo aponta a baixa qualidade do atendimento pré-natal e refere-se que o Ministério da Saúde (MS) aponta que, apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, os serviços necessitam melhorar a qualidade desta assistência (MACHADO, 2003).

Tanto a duração da gestação quanto a prematuridade podem estar relacionados ao aumento do baixo peso ao nascer. Pensou-se na possibilidade que isso pudesse ter ocorrido pela diminuição do número de consultas no pré-natal o que não foi confirmado, pois houve aumento na cobertura pré-natal, porém este não pode estar relacionado à alta taxa de cesarianas observadas no município.

Segundo Hau, Nascimento e Tomazini o índice de Apgar é um indicador direto da qualidade de assistência no momento do parto e pode determinar a vitalidade e o sofrimento fetal do recém nascido quando o seu valor abaixo de oito no primeiro e quinto minutos de vida. Isto pode ocorrer mesmo quando ocorre o nascimento a termo e com peso adequado (2009). No presente estudo este índice apresentou um aumento, considerado insignificante, no Apgar de 8 a 10, de 2,4% no primeiro minuto de vida, e um aumento de 1,5% no quinto minuto de vida, nos dez anos estudados. Tais dados podem refletir que o atendimento no momento do

nascimento manteve-se satisfatório, contudo creio que este índice poderia melhorar ainda mais se fossem diminuídos os índices de partos operatórios.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível notar avanços e dificuldades quanto ao atendimento à gestação, parto e nascimento das crianças no Município de Porto Alegre. Observou-se redução no número de nascimentos no município e o aumento da idade e da escolaridade materna. Estes fatores podem indicar que as ações de saúde e a informação, dada pela escolarização, bem como a inserção, cada vez mais crescente, na mulher no mercado de trabalho está influenciando a decisão do momento de ser mãe.

O aumento da cobertura de consultas no pré-natal não parece refletir positivamente no tipo de parto e na idade gestacional das crianças ao nascer.

Contudo houve um aumento no percentual de prematuridade e baixo peso ao nascer. O fator mais alarmante verificado neste estudo foi o aumento exacerbado no percentual de partos operatórios, tal tipo de parto representa aproximadamente metade dos tipos de partos realizados no município de Porto Alegre.

Dúvidas do porque deste aumento de partos operatórios, se a idade, a escolaridade materna e o número de consultas pré-natais também se elevaram. Tal fato pode estar relacionado à qualidade do pré-natal, pois o aumento do número de consultas pode não indicar a qualidade das mesmas. Outro questionamento a ser realizado quanto à decisão do tipo de parto seria a relação entre a vontade da mãe e a do médico.

A qualidade da atenção pré-natal é discutível frente às altas taxas de partos operatórios, uma vez que pode estar ocorrendo uma falha de informação dos benefícios dos partos normais para as mulheres e seus familiares. Frente a esta situação questiona-se o atendimento que está sendo oferecido às mulheres e suas famílias são do tipo tradicional, com consultas individuais e apenas preconizando os aspectos teóricos, ou se há informação individual e em grupo, se informam às mulheres porque ficam menos vulneráveis às decisões dos profissionais. Há necessidade dos gestores municipais, estaduais e federais proporem ações para a redução das taxas de cesarianas, podendo-se reduzir esse percentual que está muito acima das taxas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, de 15% de partos operatórios. Pode estar havendo uma falha de informação ou de entendimento dos benefícios da realização de partos espontâneos pela mãe e seus familiares.

Quanto aos índices de Apgar e as taxas de partos hospitalares mantiveram percentuais inalterados, o mesmo ocorreu com relação ao local dos partos realizados em Hospitais do SUS e dos Particulares e Conveniados.

Acredito que este estudo trará benefícios para o melhor atendimento da mulher, no período gestacional, para o bem-estar da criança ao nascer e que essas melhorias refletirão benefícios para as famílias, sociedade e para os profissionais da área da saúde. Nota-se a necessidade da qualificação da atenção no Pré-natal e no parto, podendo ser realizada através da atualização dos profissionais da saúde. Creio que este se trata somente de um estudo inicial para que se possam ser realizados outros estudos que verifiquem as verdadeiras causas do aumento da ocorrência de partos operatórios e nascimentos de crianças prematuras, assim como a inclusão desta discussão na graduação e pós-graduação de todos os cursos relacionados à área da saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. **A educação popular na atenção básica à saúde no município**: em busca da integralidade. Botucatu, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Comp.). **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de**. 3. ed. Brasília: Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde - Ascom, 2001. 32 p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_nasc_vivo.pdf>. Acesso em: 03 maio 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. País (Org.). **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque1021.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem neonatal**. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=1061>. Acesso em: 20 maio 2009.

BRASIL. Sistema de Informação. Ministério da Saúde do Brasil. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379>. Acesso em: 12 set. 2009.

¹BRASIL, Ministério Da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**.

Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2000. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal>. Acesso em: 3 mai.2009.

²BRASIL. Wasmália Socorro Barata Bivar. Diretoria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Org.). **Contágem da população 2000**: Migração e deslocamento resultados da amostra . Brasília, DF, 2000. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/migracao/censo2000_migracao.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2009.

BRASIL. Wasmália Socorro Barata Bivar. Diretoria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Org.). **Contágem da população 2007**. Brasília, DF, 2007. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2009.

CARNIEL, Emília de Faria et al. A "Declaração de Nascido Vivo" como orientadora de ações de saúde em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p.165-174, abr. 2003.

GERCHMANN, Léo. Consultoria coloca Porto Alegre entre as 24 "cidades do futuro" no mundo. **Folha Online**, São Paulo. 11 ago. 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u87716.shtml>>. Acesso em: 11 dez. 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

HAU, Lin Chen; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa; TOMAZINI, José Elias. Geoprocessamento para identificar padrões do perfil de nascimentos na região do Vale do Paraíba. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Vale do Paraíba, v. 4, n. 31, p.171-176, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000400003>. Acesso em: 07 nov. 2009.

_____. _____. **Resolução CNS nº 196, de 10 de Outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, nº 201, 16 out. 1996.

LANSKI, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. **Mortalidade perinatal e evitabilidade**: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p.759-772, 15 jul. 2002. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 16 abr. 2009.

LANSKI, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p.759-772, 15 jul. 2002. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 16 abr. 2009.

MACHADO, M. E. **Atenção à saúde prestada ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida**: um estudo na perspectiva do Programa Pra-Nenê. 2003. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf. Acesso em: 3 mai. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Diretrizes da Assistência do Pré-Natal de Baixo Risco**. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_pre-natal06.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Relatório Preliminar do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC – 1994**. Porto Alegre, 1995. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sinasc_1994.pdf>. Acesso em: 18 jul.2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC – 1998**. Porto Alegre, 1999. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sinasc_1998.pdf>. Acesso em 18 jul.2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC 2000/2001**. Porto Alegre 2003. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sinasc_00_01.pdf. Acesso em: 18 jul. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC – 2002/2003**. Porto Alegre, 2004 Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sinasc_2002_03.pdf>. Acesso em 18 jul.2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC – 2007**. Porto Alegre 2007. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sinasc_2007.pdf>. Acesso em 18 jul.2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Declaração de Nascido Vivo – Manual de Preenchimento**. São Paulo, 2008 p 1-20. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/nascidos_vivos/0007. Acesso em 25 jul.2009

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. *In: _____*. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 570 p.

SÃO PAULO. SMS de Curitiba (Org.). Perfil de Nascimentos Vivos em Curitiba: 2000 a 2004. **Boletim Epidemiológico de Curitiba**, Curitiba, SP, v. 1, p.1-8, mar. 2005.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Org.). Perfil de Nascimentos Vivos em Curitiba: 2000 a 2004. **Boletim Epidemiológico de Curitiba**, Curitiba, 2005. v. 1, p.1-8

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. **Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil**. Salvador; 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n7/v26n7a03.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2009.