Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

Perfil materno e dos recém-nascidos nascidos vivos na primeira década do século XXI em município do interior paulista com ênfase na prematuridade

Autora: Bruna Balbi

Orientadora: Profª Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu
2010

Perfil materno e dos recém-nascidos nascidos vivos na primeira década do século XXI em município do interior paulista com ênfase na prematuridade.

Autora: Bruna Balbi

Orientadora: Profª Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Botucatu

2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, Sônia e Carlos, que com tanto amor e dedicação estiveram ao meu lado todos os segundos de minha vida, ensinando-me que a sensibilidade é parte da essência humana a ser aplicada todos os dias para o crescimento de nossos seres.

Agradeço a meus irmãos Carolina e Felippe que são testemunhas de minha história e companheiros inseparáveis de todas as jornadas.

Agradeço aos meus bichinhos que me fazem companhia e me alegram mesmo quando estou chorando.

Agradeço a amigos antigos Marcella, Raquel, Sheila, Adriana, Renata e Samanta, que permaneceram presentes em minhas memórias e na conquista de nossos sonhos.

Agradeço aos companheiros de militância Guga, Gláucia, Leandro, Crisinha, Leoana, Fabi, Paulinha, Nara, Ju Turno, Kamila, Carol, Felipe, Ciro, Doris, JP, Nanda, Raissa, Léo, Alê, Flávio, Hugo, Mineiro, Albedo, Bilo e tantos outros que foram fundamentais em minha formação humana e acadêmica, mostrando que uma realidade diferente é possível.

Agradeço as amigas que me acolheram numa nova etapa Uni-sex, Tubbie, Coxinha, Patusk, as que me abraçaram um pouco depois Pok-Ropa, Enxa-kra, Senti-nela, Jurubira, Charlene e Tapada, me mostrando que os laços familiares são mais que sanguíneos e podem ser eternos dentro de nossos corações. Obrigada por todos os momentos meninas!

Agradeço ao Centro Acadêmico de Enfermagem XII de Maio e aos amigos Toco, Nazira, TOC, Bixilda, CPK, Ti-levo e Dicesar, que sempre me inspiraram a nunca desistir de lutar.

Agradeço a todos que trabalham na Unidade do Jd Peabiru, que me acolheram e deixavam meus dias mais agradáveis durante o estágio.

Agradeço aos artistas que a vida me apresentou este ano Jú, Thalita, Lelis, Robert e Erick, que puderam me ensinar a liberdade e a beleza de estar no palco.

Agradeço aos pacientes que atendi, pela confiança em meu trabalho, sendo vidas essenciais em meu aprendizado.

Agradeço aos que no anonimato trabalharam nos bastidores dessa estrada.

Agradeço as pessoas que surgiram em meu caminho e que de forma tão especial fazem parte de minha vida.

E por fim, agradeço a força que me guia e me une a essa história.

Agradecimentos Especiais

Agradeço a Profª Cristina Maria Garcia de Lima Parada por ter tornado este trabalho possível com uma orientação exemplar de uma enfermeira comprometida com seu papel.

Agradeço a Profª Maria Antonieta e Barros Leite Carvalhaes, pela contribuição ao desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a Enfermeira Renata, que se dispôs a me supervisionar no Estagio Curricular Supervisionado e que atenciosamente me orientou por tanto tempo.

"O ator deve trabalhar a vida inteira, cultivar seu espírito, treinar sistematicamente os seus dons, desenvolver seu caráter; jamais deverá desesperar e nunca renunciar a este objetivo primordial: amar sua arte com todas as forças e amá-la sem egoísmo."

Constantin Stanislavski

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....p. 10

2. OBJETIVO.....p. 16

2.1 Objetivo Geral.....p. 16
2.2 Objetivos Específicos.....p. 16

3. METODOLOGIA.....p. 17

3.1 Desenho do Estudo.....p. 17
3.2 Local do Estudo.....p. 17
3.3 População de Estudo.....p. 20
3.4 Variáveis Estudadas.....p. 20
3.5 Análise de Dados.....p. 20
3.6 Procedimentos Éticos.....p. 21

4. RESULTADOS.....p. 22

5. DISCUSSÃO.....p. 27

6. CONCLUSÃO.....p. 33

7. REFERÊNCIAS.....p. 34

8. ANEXOS.....p. 39

8.1 Declaração de Nascidos Vivos.....p. 39
8.2 Autorização do Comitê de Ética.....p. 40

RESUMO

A preocupação com a mortalidade infantil tem sido prioridade nas políticas públicas, especialmente para que o Brasil possa alcançar o Objetivo do Milênio número quatro: redução da mortalidade infantil em 75% até o ano de 2015. Sabe-se que a prematuridade tem íntima relação com a mortalidade de crianças menores de um ano e por isso torna-se necessária uma efetiva intervenção nos fatores de risco ligados a partos prematuros. **Objetivo Geral:** avaliar o perfil das mães e de recém-nascidos nascidos vivos no município de Botucatu- SP, no período de 2001 a 2009, com ênfase na prematuridade. **Método**: estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e epidemiológico, a partir do Sistema de Informações sobre Recém-Nascidos Vivos. **Resultados:** a prevalência de prematuridade foi 15,1%, e de baixo peso ao nascer 14,7%. Entre os prematuros, o índice de Apgar menor que 7 no 1º e no 5º minutos foi de 13,1% e de 2,4%, respectivamente. Considerando-se o total de gestantes estudadas, 20,3% eram adolescentes e 10,3% tinham 35 anos ou mais e a maior parte (63,2%) tinha oito ou mais anos de aprovação escolar. O perfil das mães de prematuros evidencia que 23,6% eram adolescentes, 14,1% tinham pelo menos 35 anos e 60,4% tinham pelo menos o Ensino Fundamental. Com relação aos partos prematuros, 58,4% foram cesáreas e, entre o total de nascidos, esse tipo de parto foi realizado em 46,6% dos casos. **Discussão:** a prematuridade associou-se ao índice de Apgar inferior a sete no primeiro e quinto minutos de vida, presença de malformação e gravidez múltipla. Entre as variáveis maternas, houve associação da prematuridade com extremos de idade materna, baixa escolaridade materna, história de natimorto, primiparidade, cor branca e presença de companheiro da mãe. Com relação ao parto, houve associação com parto cesárea e fora do hospital. **Conclusão:** O estudo permitiu avaliar as características maternas associadas à prematuridade e apontar como relevantes as gestações nos extremos de idade e as que ocorrem em mulheres com baixo grau de escolaridade, apontando a interferência de condições demográficas e socioeconômicas.

DESCRITORES: Prematuridade; Gravidez; Fatores de Risco; Sistemas de Informação

SUMMARY

The concern with infant mortality has been a priority in public policies, especially for Brazil to achieve the Millennium Development Goal number four: reducing child mortality by 75% by the year 2015. It is known that prematurity has an intimate relationship with mortality of children under one year and therefore it is necessary an effective intervention in risk factors linked to premature births. General Objective: To evaluate the profile of mothers and newborn babies living in Botucatu-SP, in the period 2001 to 2009, focusing on prematurity. **Method**: a quantitative study, retrospective, descriptive, epidemiological, from the Information System Newborn Alive. **Results**: The prevalence of preterm births was 15.1%, and low birth weight 14.7%. Among infants, the Apgar score below 7 at 1 and at 5 minutes was 13.1% and 2.4% respectively. Considering the total of pregnant women studied, 20.3% were adolescents and 10.3% were aged 35 years or more and most (63.2%) had eight or more years of school approval. The profile of mothers of premature infants shows that 23.6% were teenagers, 14.1% had at least 35 years and 60.4% had at least primary education. With regard to premature deliveries, caesarean sections and 58.4% were between the total newborns, this type of delivery was achieved in 46.6% of cases. **Talk:** prematurity was associated with an Apgar score below seven in the first and fifth minutes of life, presence of malformation and multiple pregnancy. Among maternal variables, prematurity was associated with extremes of maternal age, maternal education, history of stillbirth, primiparas, white and presence of the mother's partner. With regard to delivery was associated with cesarean section and outside the hospital. **Conclusion:** This study assessed maternal characteristics associated with prematurity and point out how relevant the pregnancies at the extremes of age and those that occur in women with low education level, indicating the interference of demographic and socioeconomic conditions. **KEY WORDS**: prematurity; Pregnancy, Risk Factors, Information Systems

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com nascimentos pré-termos está na pauta das políticas de saúde mundiais. Nos Estados Unidos da América, a prevalência de nascimentos pré-termo tem aumentado nas últimas décadas, passando de 10,6% em 1990 para 12,5% em 2004, acometendo desigualmente a população, visto ser a prevalência mais alta entre os negros, além de apresentar maiores proporções que outros países desenvolvidos[1]. Países como o Canadá (7%) e a França (7%) também têm apresentado aumento dessas freqüências nos últimos anos[2].

Pesquisas nacionais sobre fatores de risco para nascimentos pré-termo, foram desenvolvidas em São Luís - Maranhão[3,4] e em Ribeirão Preto - São Paulo[5]. Estudos de prevalência, porém, apontam índices elevados nas últimas décadas: 10,0% no Rio de Janeiro em 1997 [6], 13,6% em Ribeirão Preto em 1994[7], 13,9% em São Luís em 1998[8] e 16,2% em Pelotas - Rio Grande do Sul, em 2004[9]. Em Londrina - Paraná observou-se crescimento da prevalência de nascimentos pré-termo no período de 1994 a 2005: de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, a prevalência média de nascimentos prematuros neste município em 1994 foi de 6,9%, enquanto que no ano de 2005 foi de 9% [10].

Revisão de estudos brasileiros de base populacional realizada em 2008, considerando algumas regiões brasileiras, evidenciou para as regiões Sul e Sudeste prevalência variando de 3,4% a 15,0% entre 1978 e 2004, sugerindo tendência crescente a partir da década de 1990; na região Nordeste, entre 1984 e 1998, encontraram-se prevalências entre 3,8% e 10,2%, também com tendência a aumentar.[11]

A prematuridade tem íntima relação com a mortalidade de crianças menores de um ano e, embora sua tendência seja de aumento, o inverso ocorre com as taxas de mortalidade infantil no Brasil, que apresentam tendência de queda nas últimas décadas.

Amplamente utilizada para aferir as condições de vida da população, a mortalidade infantil está, normalmente, relacionada a ganhos como redução da taxa de fecundidade, aumento no nível de escolaridade da mulher, acesso à água de qualidade, a saneamento básico e a serviço

básico de saúde, além de ganhos na renda per capita e melhoria na distribuição de renda.[12] No Brasil, em 2008, apresentou taxa de 19,0 óbitos por mil nascidos vivos (NV). Considerando-se o período de 1990 a 2008, a redução observada foi de 60%. Embora ainda se mantenham as diferenças regionais, com a região Nordeste mantendo a maior taxa e a Sul a menor, as distâncias entre as taxas das duas regiões vêm diminuindo gradativamente: em 1990, a mortalidade na região Nordeste era 2,7 vezes maior que na Sul; em 2008 reduziu-se para 2,1 vezes.[13]

A redução da mortalidade infantil ocorreu em seus três componentes: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). De 1990 a

2008, a taxa de mortalidade pós-neonatal foi o componente que apresentou a maior redução, de 24 para 6 óbitos por mil NV, o que representa um decréscimo de 75%; a taxa de mortalidade neonatal precoce reduziu-se de 17,7 para 10,0 óbitos por mil NV, o que corresponde a um decréscimo de 43,5% e a taxa de mortalidade neonatal tardia diminuiu de 5,4 para 3,0 óbitos por mil NV, o que representa uma redução de 44,4%.[13]

Medidas de saúde pública, como incentivo ao aleitamento materno, controle das infecções respiratórias agudas e a terapia de reidratação oral são consideradas tecnologias simples e de baixo custo e foram responsáveis por considerável redução da mortalidade infantil em todo o mundo [14] especialmente no componente pós neonata. No Brasil, surgem o Programa Nacional de Imunização (PNI –1973), o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM-1981), os Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM e PAISC -1983) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS – 1987) [15] Também contribuiu para essa redução a implantação de mudanças na atenção básica, especialmente a introdução da Estratégia Saúde da Família e a ampliação das vigilâncias sanitária e epidemiológica. [13] e a revisão do sistema de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Norma Operacional Básica nº 1/1996 - NOB-96.[16]

Pelo exposto, a velocidade de decréscimo nos diferentes componentes da mortalidade infantil não foi uniforme. De 1990 a 2008, a mortalidade no componente neonatal precoce

reduziu-se em 3,1% ao ano, no neonatal tardio 3,2% e no pós-neonatal 7,4%. Assim, houve ao longo do período uma mudança interna na composição da mortalidade infantil: os óbitos estão se concentrando cada vez mais no período neonatal. Em 1990, a maioria dos óbitos se encontrava no componente pós-neonatal (51%), seguido pelo neonatal precoce (38%) e neonatal tardio (11%). No entanto, em 2008, os óbitos se concentraram no componente neonatal precoce (53%), seguido pelo pós-neonatal (32%) e neonatal tardio (15%).[13]

Ressalta-se que os Estados-Membros da ONU, em setembro de 2000, estabeleceram oito Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM), com 18 metas e 48 indicadores de progresso, sendo o quarto objetivo a redução da mortalidade infantil, sendo a meta reduzir, entre 1990 e 2015, 75% das mortes de crianças até cinco anos.[17] Também, o Pacto pela Saúde e o Pacto pela Vida, de 2006, definiram como uma das prioridades a redução da mortalidade em menores de um ano, sendo instituída a meta de reduzir em 5% a mortalidade neonatal, em 50% a mortalidade infantil por doenças diarréicas e em 20% os óbitos por pneumonia [18]

A situação brasileira é bastante favorável. Se mantida a tendência de redução que o país vem apresentando, será possível atingir a meta antes mesmo de 2015. Avaliação dos ODM realizada em 2008 com 68 países demonstrou que o Brasil apresenta a segunda maior redução da mortalidade na infância entre as nações analisadas, e que é um dos 16 países com condições de atingir a meta proposta.[13]

Em 2005, Relatório Mundial de Saúde da OMS apontava a ocorrência anual de aproximadamente 3,3 milhões de óbitos fetais e mais de 4 milhões de óbitos nos 28 dias subsequentes ao nascimento. A mortalidade neonatal precoce representava cerca de 75% das mortes neonatais.[19]

No Brasil, as afecções perinatais constituem a principal causa de mortalidade de crianças menores de um ano. Em 1990, correspondiam a 40% dos óbitos infantis e em 2008, essa proporção elevou-se para 60%. No mesmo período, a mortalidade proporcional por doenças infecciosas reduziu-se de 14,6% para 5,3% dos óbitos infantis, o que representa uma diminuição

de 64%. O risco de morrer, entre menores de um ano, por afecções perinatais era, em 1990, 2,7 vezes superior àquele por doenças infecciosas; em 2008, essa razão elevou-se para 11,1 vezes. As afecções perinatais incluem os transtornos relacionados à prematuridade, os problemas cardiorrespiratórios do recém-nascido e os traumatismos de parto, entre outras causas. No componente neonatal precoce, as afecções perinatais constituem a principal causa de morte.[13]

Atualmente, os sistemas de informação são importante ferramenta para a obtenção de dados que possam subsidiar a elaboração das políticas de saúde. Como uma forma de obter dados confiáveis sobre os nascimentos no Brasil, o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990. Utiliza documento individualizado e padronizado, em nível nacional: a Declaração de Nascido Vivo (DN), apresentada em anexo (Anexo 1), que contempla dados fundamentais, como peso e idade gestacional ao nascer, permitindo estabelecer o perfil epidemiológico dessa população, e outros, viabilizando o cálculo de taxas específicas de mortalidade infantil e seus componentes, indispensáveis para o planejamento e decisão política na área de saúde materno-infantil.[20] Em síntese, ao propiciar um aporte significativo de dados sobre a gravidez, parto e condições da criança ao nascer, o SINASC fornece dados relevantes para análises epidemiológicas, estatísticas, demográficas e para a definição de prioridades das políticas de saúde. A partir deste Sistema, as informações são consolidadas pelos municípios e estados, compondo o "fechamento" da base nacional.[21]

O SINASC é um sistema de coleta de dados sobre nascimentos vivos alternativo ao Registro Civil e deve ser preenchido em três vias, com cores e finalidades distintas: a primeira, branca, é enviada aos órgãos regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, com finalidade estatística; a segunda, amarela, é destinada à família, para apresentação ao Cartório, no momento do registro civil do nascimento; e a terceira, rosa, também se destina à família, devendo ser entregue ao serviço de saúde na primeira consulta da criança, para fornecer informações sobre o seu nascimento. Para essa terceira via existe um fluxo alternativo, proposto pelo Ministério da Saúde, no qual o hospital a envia diretamente às unidades básicas de saúde,

para efetiva vigilância do recém-nascido de alto risco.[22] Porém, esse fluxo funciona somente em locais onde existe uma maior integração entre a rede hospitalar e a rede básica de saúde.[23]

Até a década de 1980, os estudos sobre peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto e paridade obtinham as informações diretamente dos prontuários médicos ou por meio de visitas domiciliares, sendo as investigações restritas a clientelas específicas de determinados serviços de saúde ou baseadas em amostras populacionais. Com o SINASC ampliou-se a possibilidade de realizar estudos com base populacional, a partir das informações contidas na DN[22,23,24].

O acompanhamento estatístico dos nascimentos pelo SINASC foi um avanço importante na área da epidemiologia, pois possibilitou conhecer e saber quem nasce, como e onde nasce e em que condições, estando os hospitais e outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, responsáveis pelas informações sobre os partos hospitalares e os Cartórios de Registro Civil responsáveis pelas informações relativas aos partos domiciliares.

O resultado esperado de uma gestação é a obtenção de recém-nascido (RN) sadio, com mínimo trauma para a mãe. Em algumas situações, porém, isso não é possível, devido a complicações durante a gravidez ou parto, ou mesmo em decorrência de algum problema com o concepto.[25] Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico-puerperal, entre elas o parto prematuro, geram riscos à integridade da saúde tanto da mãe quanto do concepto e podem evoluir para a morte.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10)[26], nascimento pré-termo é o que ocorre com menos de 37 semanas de gestação. Essas crianças têm um risco elevado de adoecer e morrer em razão de seu incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções, complicadas pela manipulação e grande período de permanência nas unidades neonatais. Muitos evoluem com seqüelas neurológicas, oftalmológicas e/ou pulmonares[27].

A Etiologia do nascimento pré-termo é complexa e envolve fatores ambientais e sócio-econômicos; características biológicas da mãe ao engravidar e história reprodutiva materna; condições da gestação, abrangendo questões psicosociais: tabagismo, uso de álcool e drogas,

trabalho, atividade física e assistência ao pré-natal; intercorrências gestacionais e características fetais, entre outras[28-29].

Tão importante como saber quantos nascem é saber quantos morrem, especialmente no primeiro ano de vida. Por isso, o coeficiente de mortalidade infantil é tão expressivo, pois evidencia uma série de fatores, como conhecimento das mães, nível de imunização, disponibilidade de serviços de saúde, disponibilidade de renda e alimentos na família, disponibilidade de água limpa e saneamento básico, entre outros. Esse coeficiente é considerado a síntese da qualidade de vida e do nível de desenvolvimento de uma população[30-31].

O conhecimento das características de um grupo populacional contribui para a melhoria dos indicadores de saúde dessa população. Esses dados alicerçam, direcionam e subsidiam as ações propostas pelos diversos serviços de assistência, inclusive na área da saúde, bem como sua forma de execução. Na área infantil, a avaliação contínua dos indicadores de saúde pelas administrações públicas pode subsidiar a elaboração de estratégias para assistência integral à saúde da criança e contribuir com a redução da morbimortalidade infantil.[32]

Na presente investigação, tem-se por pressuposto que conhecer e compreender o complexo processo do nascimento e os fatores que nele interferem é fundamental para a assistência de qualidade efetiva ao binômio mãe-filho, bem como para otimizar e racionalizar o atendimento prestado em todas as etapas do ciclo reprodutivo, priorizando as ações de prevenção, recuperação e manutenção da vida. Além disso, pressupõe-se que identificar fatores de risco associados ao ciclo gravídico-puerperal possibilita direcionar e adotar medidas preventivas e curativas de forma adequada à realidade. Assim, pretende-se estudar o perfil das mães e dos recém nascidos prematuros em município de médio porte do interior paulista.

2- OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o perfil das mães e dos recém-nascidos nascidos vivos no município de Botucatu- SP, no período de 2001 a 2009, com ênfase na prematuridade.

2.2. Objetivos Específicos

Considerando-se o período do estudo:

a) Descrever o perfil do total das mães e dos recém-nascidos nascidos vivos;

b) Descrever o perfil das mães e dos recém-nascidos prematuros nascidos vivos;

c) Descrever a associação de características maternas, do recém-nascido e do parto e a prematuridade.

3 – METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e epidemiológico, que utilizará fonte de dados secundários, a partir do Sistema de Informações sobre Recém-Nascidos Vivos, que por sua vez são obtidos da Declaração de Nascidos Vivos.

3.2 Local do Estudo

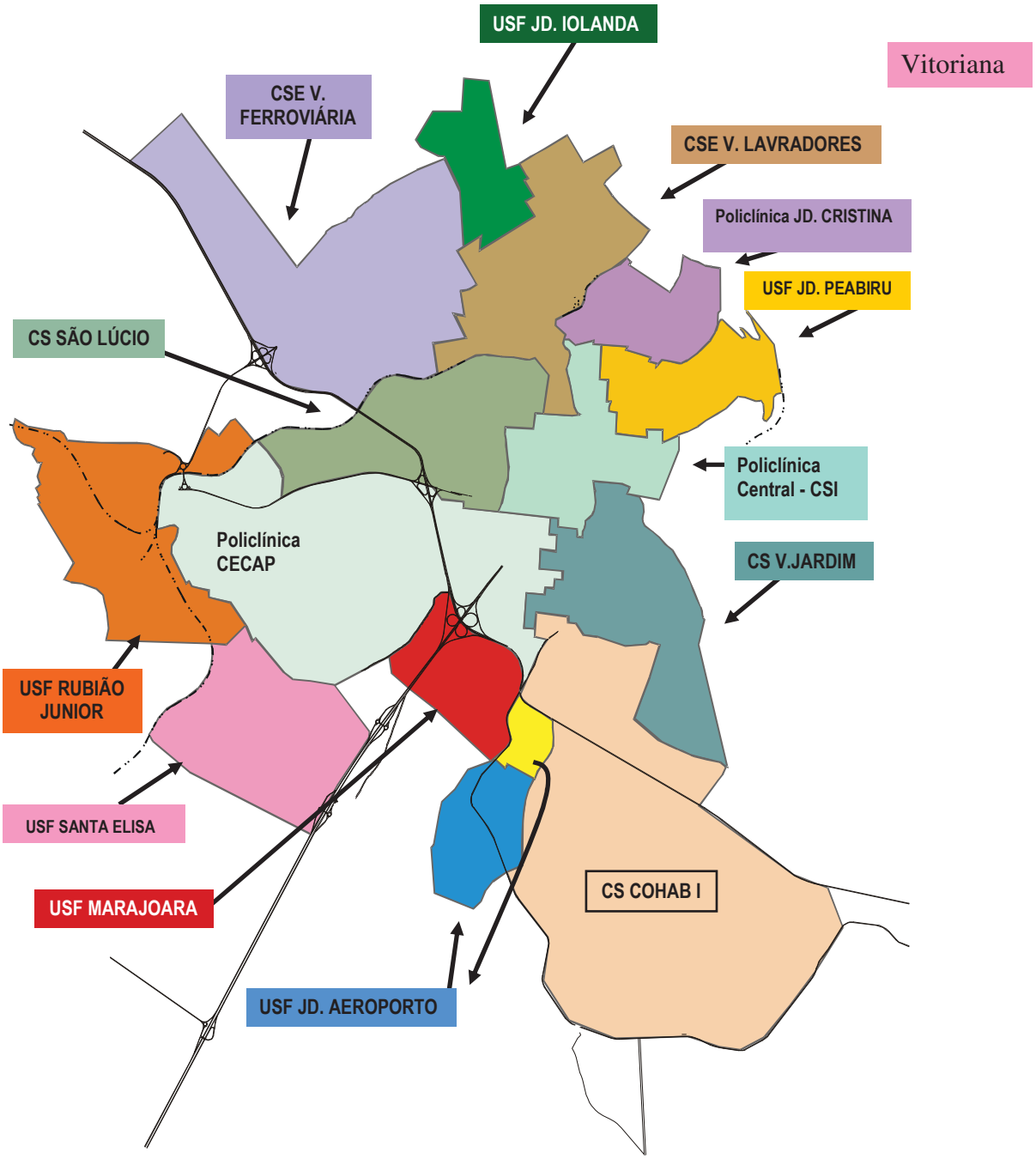
Este estudo foi desenvolvido em Botucatu, município de médio porte do interior paulista, localizado na região central do Estado, cuja área de unidade territorial é de 1.483 Km^2 e a população é estimada em 120.800 habitantes.[33]

Com relação às condições de vida, o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e a renda *per capta*, 0,822 e 2,8 salários mínimos, respectivamente, são muito próximos daqueles apontados para o estado como um todo: 0,814 e 2,9. A taxa de analfabetismo da população com idade igual ou superior a 15 anos é de 5,6% e 47,7% da população na faixa etária entre 18 e 24 anos tem ensino médio completo.[34]

O serviço público de atenção básica à saúde de Botucatu é constituído por três Policlínicas (PC): CECAP, Jardim Cristina e Central; três Centros Municipais de Saúde (CMS): Vila Jardim, Cohab e Vila São Lúcio e duas unidades do Centro de Saúde Escola (CSE): Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária, que trabalham na forma tradicional dos centros de saúde e oito Unidades de Saúde da Família (USF) que abrigam 11 equipes: Rubião Júnior (com 2 equipes), Parque Marajoara, Santa Elisa, Jardim Peabiru (com três equipes), Jardim Iolanda, Jd Aeroporto (com duas equipes, sendo que uma atende ao distrito de César Neto) e Vitoriana. As policlínicas, além de realizarem o atendimento básico para a sua área de abrangência, são referências em pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral para as Unidades de Saúde da Família e os Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família são responsáveis pela atenção básica, também de sua área de abrangência (Figura 1).[35]

Para atendimento ao parto, o município conta com três maternidades: uma maternidade filantrópica que atende aos partos de baixo risco e é vinculada ao SUS; uma maternidade de alto risco, ligada a Hospital de Ensino e que também atende ao SUS e uma maternidade não conveniada ao SUS, para atendimento aos convênios e serviços privados de saúde.

Figura 1 – Mapa das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Botucatu, 2007.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, 2007 (Modificado).

3.3 População de Estudo

Gestantes e recém-nascidos vivos, cujos partos ocorreram na cidade de Botucatu (SP) entre 2001 e 2009.

3.4 Variáveis Estudadas

Considerando-se as características dos recém-nascidos, foram estudadas as seguintes variáveis: duração da gravidez em semanas (menor que 22, 22 a 27, 28 a 31, 32 a 36, 37 a 41, 42 e mais); peso em gramas ao nascer (menor que 750, entre 750 e 999, entre 1000 e 1499, entre 1500 e 2499, entre 2500 e 2999, entre 3000 e 3999, 4000 ou mais); Apgar no primeiro e quinto minutos de vida (zero a seis e sete ou mais); sexo (masculino e feminino); presença de malformação (sim ou não) e tipo de gravidez (única ou múltipla).

As variáveis relativas às características maternas foram: idade em anos (até 19, 20 a 34, 35 ou mais); anos de aprovação escolar (zero a sete e oito ou mais); situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro); número de consultas pré-natais (até três ou quatro ou mais); história de filho natimorto anterior (sim ou não); história de filho prévio nascido vivo (sim ou não); raça/cor (branca ou não branca) e Colegiado de residência (Avaré, Bauru, Pólo Cuesta Botucatu, Jaú, Lins ou outros).

Para avaliação do tipo de parto, as variáveis estudadas foram: tipo de parto (vaginal ou cesárea); parto hospitalar (sim ou não) e tipo de instituição do parto (hospital terciário que atende SUS, hospital secundário que atende SUS ou hospital secundário que não atende SUS).

3.5 Análise de Dados

Para análise dos dados, foi construído no software Excel, banco único, com a somatória dos bancos anuais do SINASC do período de estudo. Posteriormente, a análise foi realizada com o programa EpiInfo 3.5.1. A análise estatística foi realizada a partir do teste qui quadrado (χ^2), fixando nível de significância α=0.05, com o cálculo dos respectivos *odds ratio* e intervalo de confiança (IC 95%).

3.6. Procedimentos Éticos

O presente estudo foi avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa local e respeitou todas as recomendações da Portaria 196/96, referente a pesquisas envolvendo seres humanos (Anexo 2)

4 – RESULTADOS

A caracterização das crianças nascidas vivas em Botucatu de 2001 a 2009 evidencia que a maioria (84,9%) nasceu de termo e com peso igual ou superior a 3000g (59,7%). A prevalência de prematuridade foi 15,1% e de baixo peso ao nascer foi 14,7%. Tiveram índice de Apgar inferior a 6 no primeiro minuto de vida 13,1% dos recém-nascidos, o mesmo ocorrendo com 2,4% das crianças no quinto minuto de vida. Mais da metade das crianças eram do sexo masculino (51,4%) e nascido de gravidez única (96,5%). A prevalência de malformação foi 1,8% (Tabela 1).

Considerando-se especificamente os recém-nascidos prematuros, 21,8% tinham idade gestacional ao nascer inferior a 32 semanas de gravidez, sendo a grande maioria dos prematuros classificados como moderados ou limítrofes (78,2%). Com relação ao peso, a prevalência de crianças classificadas como extremo baixo peso (peso inferior a 1000g) foi 8,8%; 11,9% tinham muito baixo peso ao nascer (peso entre 10009 e 1499g) e 50,4% tinham baixo peso ao nascimento (peso entre 1500g e 2499g). Destaca-se ainda que 8,8% dos prematuros pesaram mais de 3000g no momento do parto, inclusive havendo 6 casos (0,1%) de peso superior a 4000g (Tabela 1).

Tiveram Índice de Apgar inferior a 7 no primeiro e quinto minutos de vida, respectivamente 35,5% e 9,5% dos neonatos prematuros. Quanto ao sexo, do total de prematuros, 52,6% eram do sexo masculino e 3,5% haviam nascido de gravidez múltipla. Estavam presentes malformações em 1,8% dessas crianças (Tabela 1).

Houve associação entre prematuridade e índice de Apgar inferior a sete no primeiro e quinto minutos de vida, presença de malformação e gravidez múltipla (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos recém-nascidos nascidos vivos em Botucatu, no período de 2001 a 2009. Botucatu, 2010.

	Termo		Prematuro		Total	
Características	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Duração (sem) Gestação (n=25748)						
< 22	0	0,0	3	0,1	3	0,0
22 a 27	0	0,0	275	7,1	275	1,1
28 a 31	0	0,0	568	14,6	568	2,2
32 a 36	0	0,0	3037	78,2	3037	11,8
37 a 41	21750	99,5	0	0,0	21750	84,4
42 e mais	118	0,5	0	0,0	118	0,5
Peso (g) ao Nascer (n=25742)						
< 750	0	0,0	157	4,0	157	0,6
750 a 999	0	0,0	187	4,8	187	0,7
1000 a 1499	3	0,0	467	11,9	470	1,8
1500 a 2499	1007	4,6	1976	50,4	2983	11,6
2500 a 2999	5806	26,6	787	20,1	6593	25,6
3000 a 3999	14116	64,7	339	8,7	14455	56,2
4000 ou mais	891	4,1	6	0,1	897	3,5
Apgar 1º minuto (n=25404)						
0 a 6	1966	9,1	1359	35,5	3325	13,1
7 a 10	19613	90,9	2466	64,5	22079	86,9
p=0,0000 OR=0,18 IC(0,17-0,20)						
Apgar 5º minuto (n=25654)						
0 a 6	251	1,2	370	9,5	621	2,4
7 a 10	21514	98,8	3519	90,5	25033	97,6
p=0,0000 OR=0,11 IC(0,09-0,13)						
Sexo (n=25754)						
Masculino	11182	51,2	2067	52,6	13249	51,4
Feminino	10645	48,8	1860	47,4	12505	48,6
p=0,1047 OR=0,95 IC(0,88-1,01)						
Malformação (n=25575)						
Sim	288	1,3	182	4,7	470	1,8
Não	21436	98,7	3669	95,30	25105	98,2
p=0,0000 OR=0,27 IC(0,22-0,33)						
Tipo de Gravidez (n=25779)						
Única	21580	98,8	3290	83,7	24870	96,5
Múltipla	269	1,2	640	16,3	909	3,5
p=0,0000 OR= 15,61 IC(13,44-18,13)						

A Tabela 2 é relativa às características das mães dos recém-nascidos vivos estudados.

Eram adolescentes 20,3% das mães e 10,3% delas tinham 35 anos ou mais. A maior parte delas (63,2%) tinha oito ou mais anos de aprovação escolar, tinha companheiro no momento do nascimento do filho (55,4%) e quatro ou mais consultas de pré-natal (94,3%). História de natimortalidade foi referida por 4,0% das mães e 59,1% delas não era primípara. A maioria era da raça branca e residia no Colegiado Pólo Cuesta: 91,8% e 89,6%, respectivamente (Tabela 2).

Especificamente com relação aos prematuros, 23,6% das mães eram adolescentes e 14,1% tinham pelo menos 35 anos. Tinham pelo menos o ensino fundamental completo 60,4% das mães de prematuros. Natimortalidade foi referida por 2,7% das mães de prematuros. A maior parte delas tinha companheiro no momento do parto (57,4%), quatro ou mais consultas de pré-natal (83,2%), já tinham tido algum parto (57,1%), eram da raça branca (96,6%) e residia no Pólo Cuesta Botucatu, 71,1% (Tabela 2).

Houve associação entre prematuridade e gravidez na adolescência ou após os 34 anos de idade da mãe, escolaridade materna até o ensino fundamental incompleto, presença de companheiro, história de natimorto, primiparidade e entre mulheres brancas (Tabela 2).

Tabela 2 – Características das mães dos recém-nascidos nascidos vivos em Botucatu, no período de 2001 a 2009 (n= 25768). Botucatu, 2010.

	Termo		Prematuro		Total	
Características	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Idade em anos (n=25762)						
Até 19	4315	19,7	905	23,6	5220	20,3
20 ou mais	17620	80,3	2922	76,4	20542	79,7
p=0,0000	**OR=0,79**	**IC(0,73-0,86)**				
Idade em anos (n=25762)						
Até 34	19821	90,4	3287	85,9	23108	89,7
35 ou mais	2114	9,6	540	14,1	2654	10,3
p=0,0000	**OR= 1,54**	**IC (1,39-1,71)**				
Anos Aprovação Escolar (n=25494)						
0 a 7	7872	36,3	1519	39,6	9391	36,8
8 ou mais	13788	63,7	2315	60,4	16103	63,2
p=0,0001	**OR= 0,87**	**IC(0,81-0,93)**				
Situação Conjugal (n=25620)						

Com companheiro	12276	55,1	1924	57,4	14200	55,4
Sem companheiro	9993	44,9	1427	42,6	11420	44,6
p=0,0129	**OR= 0,91**	**IC(0,85-0,98)**				
Consultas Pré-natais (n=25092)						
Até 3	804	3,87	620	16,8	1424	5,7
4 a 6	3334	15.6	1591	43,0	4925	19,6
7 ou mais	17254	80,7	1489	40,2	18743	74,7
História de Natimorto (n=22872)						
Sim	810	4,2	93	2,7	914	4,0
Não	18543	95,8	3415	97,3	21958	96,0
p=0,0000	**OR=1,60**	**IC(1,28-2,01)**				
Filho Prévio Nascido Vivo (n=24435)						
Sim	12307	59,4	2133	57,1	14440	59,1
Não	8395	40,6	1600	42,9	9995	40,9
p=0,0082	**OR= 1,10**	**IC(1,02-1,18)**				
Raça/Cor (n=25764)						
Branca	20232	91,1	3423	96,6	23655	91,8
Não Branca	1988	8,9	121	3,4	2109	8,2
p=0,0000	**OR=0,36**	**IC(0,30-0,44)**				
Colegiado de Residência (n=25768)						
Avaré	653	3,0	570	14,5	1223	4,8
Bauru	309	1,4	244	6,2	553	2,1
Pólo Cuesta (Botucatu)	20277	92,9	2796	71,1	23073	89,6
Jaú	187	0,8	128	3,3	315	1,2
Lins	2	0,0	5	0,1	7	0,0
Outros	409	1,9	188	4,8	597	2,3

A Tabela 3 é relativa ao tipo de parto dos neonatos estudados.

Do total de partos de recém-nascidos vivos ocorridos no município de Botucatu no período estudado, a maioria foi vaginal (53,4%) e realizado no hospital terciário que atende ao SUS (41,5%), sendo quase a totalidade hospitalar (99,7%) Entre os prematuros, a maior parte dos partos foi cesárea (58,4%),também realizada no hospital terciário (82,5%) e quase a totalidade (99,5%) foi hospitalar. (Tabela3).

Houve associação entre prematuridade e parto cesárea e parto fora do hospital (Tabela 3).

Tabela 3 – Características dos partos dos recém-nascidos nascidos vivos em Botucatu, no período de 2001 a 2009 (n= 25768). Botucatu, 2010.

	Termo		Prematuro		Total	
Característica	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Tipo de Parto (n=25764)						
Vaginal	12121	55,5	1636	41,6	13757	53,4
Cesárea	9716	44,5	2291	58,4	12007	46,6
p= 0,0000	**OR= 1,75**	**IC (1,63-1,87)**				
Parto Hospitalar (n=25785)						
Sim	21795	99,7	3911	99,5	25706	99,7
Não	59	0,3	20	0,5	79	0,3
p= 0,0000	**OR=1,89**	**IC(1,10-3,22)**				
Tipo de Instituição do Parto (n=25654)						
Hospital Terciário (atende SUS)	7430	34,2	3222	82,5	10652	41,5
Hospital Secundário (atende SUS)	10200	46,9	304	7,8	10504	41,0
Hospital Secundário (não atende SUS)	4117	18,9	381	9,7	4498	17,5

5 – DISCUSSÃO

O presente estudo analisou os nascimentos ocorridos em uma década, resultando em elevado número de casos, o que permitiu a realização de análises consistentes. Porém, por tratar-se de estudos com dados secundários, caberia uma avaliação da qualidade da informação, o que não foi possível viabilizar. Destaca-se, entretanto, que estudo realizado em 1993 com objetivo de avaliar o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos apenas três anos após sua implantação, mostrou que no Estado de São Paulo a mesma se deu de forma global e simultânea e já naquela época era desprezível as perdas de registro, sendo que na avaliação qualitativa da DN, que subsidia a alimentação do Sistema, esta foi considerada excelente, tanto para características do recém-nascido, quanto da gravidez, do parto e da mãe[36].

A prevalência de prematuridade foi 15,1%. Assim, apesar de Botucatu possuir um serviço de saúde de nível terciário, referência nas áreas obstétrica e neonatal para 31 municípios até 2007 e 68 municípios a partir de então, a ocorrência de nascimentos prematuros foi praticamente igual ao valor apontado por Revisão de estudos brasileiros de base populacional realizada em 2008, que evidenciou em 2004 prevalência de 15,0% de prematuridade nas regiões sul e sudeste[10].

Também merece destaque o fato de 3,1% dos neonatos serem classificados como prematuros extremos, pois revisão de literatura realizada em 2005 nas bases de dados da *Cochrane Library, MEDLINE e Lilacs* indicou que esses recém-nascidos devem ser cuidadosamente monitorizados após a alta hospitalar, a fim de terem seu prognóstico otimizado, já que são crianças de alto risco para anormalidades neurológicas e atraso no desenvolvimento nos primeiros anos de vida; apresentam frequentemente problemas educacionais, comportamentais e psicológicos na idade escolar e mantém alguma diferença em seu desempenho na adolescência e vida adulta[37].

A prevalência do baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500g) foi 14,7%, situação bastante diferente da encontrada no Estado de São Paulo como um todo no ano 2000, visto que

em estudo sobre a assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade realizado no ano citado em todo Estado, encontrou prevalência de baixo peso igual a 8,8%[38].

O estudo do peso ao nascer pode mostrar evidências da atuação de fatores de natureza diversa sobre o potencial genético individual, sendo sua distribuição diferente e específica para populações distintas, em função principalmente das condições de vida, podendo ser considerado um bom indicador de qualidade de vida. Há evidências de uma forte associação entre o baixo peso ao nascer e a morbimortalidade neonatal e infantil[39,40,41], levando a Organização Mundial de Saúde a identificá-lo como o fator isolado mais importante na sobrevivência infantil[42].

Em Juiz de Fora/MG, estudo que avaliou a qualidade da atenção hospitalar, relacionando-a a mortalidade neonatal, descreveu o baixo peso ao nascer e o índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida inferiores a oito como fatores de risco para o óbito no primeiro mês de vida[43].

Existe um consenso de que quando o bebê recebe índice de Apgar entre oito e 10 ele está sadio e, provavelmente, não terá problemas futuros, enquanto índice de Apgar inferior a sete é sinal de alerta, requerendo atenção especial[44]. Na presente investigação essa variável foi estratificadas em menor e maior que sete. Nesta situação, 35,5% dos prematuros e 9,1% dos bebês de termo tiveram Apgar inferior a sete no primeiro minuto de vida e 9,5% dos prematuros e 1,2% das crianças de termo tiveram esse índice no quinto minuto de vida. Destaca-se que índices baixos no primeiro minuto de vida estão relacionados a processos asfíxicos ao nascimento, sendo a evolução para valores superiores a sete antes do quinto minuto sinal de boa recuperação[45].

Estudo realizado no município de Maringá/PR, com objetivo de conhecer os fatores associados ao baixo peso ao nascer, avaliou todos recém-nascidos vivos do município do ano de 2001 (n = 4015) a partir do SINASC e encontrou proporção de sexo masculino (50,9%) e feminino (49,1%) semelhante a encontrada no presente estudo: 51,4% e 48,6%, respectivamente[46].

A prevalência geral de malformação (1,8%) e entre os prematuros (4,7%) pode ser considerada elevada. Estudo de coorte realizado em Goiânia no ano 2000, também a partir do SINASC, evidenciou prevalência geral de 0,2% e, entre os recém-nascidos de baixo peso, 2,1%[47]. O impacto dos defeitos congênitos no Brasil vem aumentando progressivamente, tendo passado da quinta para a segunda maior causa de óbitos em menores de um ano entre 1980 e 2000, apontando a necessidade de estratégias de enfrentamento específicas na política de saúde[48].

O tipo de gravidez também foi estudado, sendo obtido para o total de recém-nascidos 3,5% de gestação múltipla, valor mais elevado entre os prematuros: 16,3%. A frequência de gestação múltipla tem crescido muito nos últimos anos, principalmente pelas técnicas de tratamento da infertilidade. Sua importância reside no fato de que a simples presença de mais de um feto aumenta a chance de prematuridade, hipertensão arterial, rotura prematura das membranas e morte fetal intrautero[49]. A gemelaridade é também fator de risco para os nascimentos de baixo peso e para a mortalidade neonatal[32].

Quanto às características maternas, para análise da gestação na adolescência utilizou-se para comparação dados de coorte de prematuros brasileiros, prospectiva e multicêntrica. Tal coorte encontrou prevalência de gravidez na adolescência de 20%, valor semelhante ao da população geral deste estudo (20,3%), mas inferior quando consideramos apenas os prematuros (23,6%)[49]. A prevalência de gestação tardia, encontrada no presente estudo (10,3% no total e 14,1% entre as mães de prematuros), foi superior a de estudo já citado e realizado em Maringá (9,4%)[45]. São importantes os estudos sobre gestação nos extremos da vida reprodutiva, pois nesta situação, mesmo nos dias atuais, a gestação é classificada como de risco[50].

A escolaridade materna pode ser considerada indicador síntese das condições socioeconômicas familiares e 63,2% do total de mulheres estudadas e 60,4% das mães de prematuros tinham pelo menos o ensino fundamental completo. A situação encontrada é mais

favorável que a do país, já que apenas 50,5% da população feminina brasileira têm mais de 8 anos de aprovação escolar[51].

Mais importante que a situação legal, representada pelo casamento, é a possibilidade de contar com suporte familiar ou social, considerado fator de proteção para gestações de alto risco[50]. Nesse sentido, o apoio do pai da criança durante a gravidez é relevante e, muitas vezes único. Na presente investigação, 55,1% das mães de recém-nascidos de termo e 57,4% das mães de prematuro referiram ter companheiro no momento do nascimento de seus filhos. O valor obtido é superior ao de outros estudos brasileiros[52]. Em estudo sobre fatores de risco para nascimentos prematuros realizado em Londrina/PR em 2009, ter companheiro por tempo prolongado (superior a 2 anos), constituiu-se em fator de proteção para o parto prematuro[10].

É inquestionável a importância da atenção no período pré-natal para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento fetal, diagnóstico e tratamento de patologias maternas pré-existentes ou intercorrentes no período gestacional e para realização de atividades educativas[53]. Mesmo reconhecendo que não basta o estabelecimento de número mínimo de consultas para assegurar atendimento pré-natal de qualidade, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento preconiza a realização de seis ou mais consultas[54]. É esperado, porém, que gestantes cujos partos ocorram prematuramente tenham número menor de consultas, quando comparadas àquelas cujos partos ocorrem de termo e esse fato foi observado neste estudo: 74,7% do total de gestantes realizaram sete ou mais consultas na gestação, enquanto que entre as mães de prematuros, apenas 40,2% tiveram esse número, estando a maior parte delas na faixa de quatro a seis consultas. Estudo sobre a assistência pré-natal, o baixo peso e a prematuridade realizado em São Paulo, evidenciou que com o aumento do número de consultas pré-natais houve redução da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo, sendo a redução proporcional ao número de consultas: a diferença da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo decresceu de 14% para 4% com o aumento do número de consultas de 0 a 3 para 7 ou mais[55].

A Investigação de história de natimorto anterior evidenciou que 4,0% do total de mulheres e 2,7% das mães de prematuros tinham esse resultado adverso em gestação prévia. Embora não tenha sido identificado nenhum estudo especificamente voltado a analisar tal relação, encontrou-se outro, que objetivou a identificação de fatores de risco para a prematuridade e que incluiu variáveis relacionadas ao mal passado obstétrico, como história de prematuridade e de baixo peso em gestação anterior, sendo que a ocorrência de prematuridade anterior foi significativamente mais frequente entre mães de prematuros do que entre mães de crianças de termo[10].

A análise da paridade mostrou que 40,9% do total de mulheres e 42,9% das mães de prematuros eram primíparas. Em estudo paulista anteriormente citado, a proporção de baixo peso ao nascer foi maior entre os primogênitos e entre aqueles cujas mães haviam tido três ou mais filhos, quando se comparou com as mães de um ou dois filhos[20].

A grande maioria das mães eram brancas: 91,8% do total e 96,6% das mães de prematuros, valor muito superior ao encontrado em Maringá/PR[52], 76,7% do total de nascimentos e em Londrina/PR: 72,9% dos casos e 79,1% dos controles em estudo sobre fatores de risco para a prematuridade[10]. Prevalência tão elevada de mães brancas num país tão miscigenado quanto o Brasil não era esperada, merecendo uma análise relativa a qualidade desta informação no SINASC. Sabe-se que a indicação atual é para que a informação sobre raça/cor seja autoreferida, restando saber se isso foi considerado no preenchimento da DN.

Como era esperado, a grande maioria das crianças eram procedentes do Colegiado Pólo Cuesta – Botucatu e o hospital terciário foi o maior responsável pelos nascimentos: 41,5% do total de nascidos vivos e 82,5% dos prematuros.

Analisando-se o tipo de parto, identifica-se elevada prevalência de cesárea: 46,6%, valor muito superior ao preconizado, já que a Organização Mundial de Saúde recomenda que no máximo 15% dos partos ocorram por essa via. Assim, parece que o pacto para redução das cesarianas realizado no ano 2000[56] não resultou na obtenção da taxa preconizada no município de Botucatu.

Quase a totalidade dos partos ocorreu em ambiente hospitalar: 99,7% do total e 99,5% dos prematuros. Esses valores são ainda superiores aos obtidos por estudo realizado no Espírito Santo em 2007, onde 98,43% dos partos prematuros e 95,4% dos partos de termo haviam ocorrido em ambiente hospitalar[57].

Por fim, destacam-se as associações. Considerando-se as características do recém-nascido, a prematuridade associou-se ao índice de Apgar inferior a sete no primeiro e quinto minutos de vida, presença de malformação e gravidez múltipla. Entre as variáveis maternas, houve associação da prematuridade com extremos de idade materna (abaixo de 19 e acima de 34 anos), baixa escolaridade materna, história de natimorto, primiparidade, cor branca e presença de companheiro da mãe. Com relação ao parto, houve associação com parto cesárea e fora do hospital.

Investigação voltada à identificação de fatores de risco para a prematuridade realizou análise de regressão logística múltipla hierarquizada e verificou associação ($p < 0,05$) para algumas variáveis sócio-econômicas, entre elas a baixa idade do chefe da família; com relação aos agravos na gestação, a vigência de gestação múltipla. Porém, diferente do observado na presente investigação, houve associação entre prematuridade e presença de companheiro por dois anos ou menos, quando comparado com relacionamentos mais duradouros[10]. Outros estudos de associação evidenciam a relação entre a prematuridade e mãe adolescente, mãe idosa e paridade materna[20]; malformação e extremos de idade da mãe[46].

6 – CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer o perfil de mães e recém-nascidos cujos partos ocorreram em Botucatu no período de 2001 a 2009, identificando fatores associados e poderá contribuir com a formulação de políticas públicas municipais, visando a melhoria no atendimento ao grupo materno infantil, auxiliando ao alcance das metas do Pacto pela Vida e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Na população estudada a prevalência de prematuros foi de 15,1%, valor relevante quando se considera as principais causas de morte em menores de um ano. A análise de características maternas associadas à prematuridade permite apontar como relevantes as gestações nos extremos de idade e as que ocorrem em mulheres com baixo grau de escolaridade, apontando a interferência de condições demográficas e socioeconômicas. A associação da prematuridade com índice de Apgar inferior a sete e malformação sinaliza a necessidade de atendimento especializado a neonatos prematuros, antes e após o parto.

É necessário que se desenvolvam intervenções que garantam o acompanhamento da população utilizando da saúde como instrumento para melhoria das condições dessa população, potencializando mudanças e transformando os sujeitos envolvidos em atores sociais de sua própria realidade.

7 - REFERÊNCIAS

1- McCormic MC, Behrman RE. The quiet epidemic of premature birth: commentary on a recent Institute of Medicine Report. Ambul Pediatr 2007; 7:8-9.

2 - Ancel PY. Perspectives in the prevention of premature birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117 Suppl 1:2-5.

3 - Silva AAM, Simões VMF, Barbieri MA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Coimbra LC, et al. Young maternal age and preterm birth. Paediatr Perinat Epidemiol 2003; 17:332-9.

4 - Aragão VMF, Silva AAM, Aragão LF, Barbieri MA, Bettiol H, Coimbra LC. Risk factors for pré term births in São Luís, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20:57-63.

5 - Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M. Barbieri MA. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. Pediatr Perinat Epidemiol 2000; 14:30-8.

6 - Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública 2004; 20 Suppl 1:S20-33.

7 - Goldani MZ, Bettiol H, Barbieri MA, Tomkins A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. Cad Saúde Pública 2000; 16:1041-7.

8 - Silva AAM, Coimbra LC, Silva RA, Alves MTSSB, Lamy Filho F, Lamy ZC, et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão, Bras. Cad Saúde Pública 2001; 17:1413-23.

9 - Barros FC, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A. The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. Lancet 2005; 365:847-54.

10 - Silva AMR; Almeida MF; Matsuo T; Soares DA; Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina (PR) Brasil.

11 - Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A; Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Ver Saúde Pública 2008; 42(5):957-64.

12 - Sousa TRV, Maia SF. Uma investigação dos determinantes da redução da taxa de mortalidade infantil nos estados da região Nordeste do Brasil. Acesso em 18 out 2010. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_379.pdf

13 - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; Relatório nacional de Acompanhamento. [acesso em 18 de outubro de 2010] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_nacional_acompanhamento_220910.pdf.

14 - Caldeira AP, França E, Goulart EMA. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo de caso-controle. J. Pediatr (RJ). 2001;77(6):461-8.

15 - Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV da, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Rev Saúde Pública. 2003;37(6):699-706.

16 - Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde e da acessibilidade de mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. Cad Saúde Pública. 2007;23(7):1511-28.

17 - Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais: soluções e políticas nacionais. Ciênc. saúde coletiva. 2004;9(2):261-70.

18 - Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Brasília, DF; 2006.

19 - World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality country: regional and global estimates. Genebra;2006.

20 - Costa CE; Gotlieb SLD; Estudo epidemiológico de peso ao nascer a partir da declaração de nascidos vivos, Rev. Saúde Pública 1998; 32 (4).

21 - Ministério da Saúde (BR). Para entender a gestão do SUS: CONASS. Brasília (DF); 2003.

22 - Jorge, MHP, Gotlieb SL, Soboll ML, Almeida M F, Latorre MR. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. Revista de Saúde Pública 1993, 27 (Sup.):1-45.

23 - Mishima FC, Scochi CGS, Ferro MAR, Lima RAG, Costa IAR. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

24 - Jorge, MHP, Gotlieb SL, Soboll ML, Almeida MF, Latorre MR. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos. Informe Demográfico 1995, 29:1-4.

25 - Cunha AL, Fernandes DS, Melo PF, Guedes MH. Fatores associados à asfixia perinatal. Rev Bras Ginecol Obstet 2004 nov/dez; 26 (10): 799-805.

26 - OMS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10a revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/EDUSP; 1994.

27 - Vaast P, Houfflin-Debarge V, Deruelle P, Subtil D, Storne L, Puech F. Could the consequences of premature delivery be futher attenuated by means of new prenatal strategies? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117 Suppl 1:21-4.

28 - Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ 2005; 329:675-8.

29 - Berhman RE, Butler AS. Preterm birth: causes, consequences and prevention. Washington DC: National Academies Press; 2006.

30 - Miranda MIF, Ferriani MGC. Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes. Goiânia(GO): AB; 2001.

31 - Oliveira RB, Melo ECP, Knupp VMAO. Perfil dos óbitos infantis no município do Rio de Janeiro segundo peso ao nascer, no ano de 2002. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 mar; 12 (1): 25 –9.

32 – Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para a prematuridade: pesquisa documental; Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304

33 - IBGE(BR). Acesso em 12 de Abril de 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_20.pdf

34 - Fundação SEADE. Informações sobre os municípios paulistas. Acesso em 18 de Outubro de 2010. Disponível em: http::www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs06/pdf/iprs_municipiosorocaba.pdf

35 -Luque ALF. Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco no município de Botucatu-SP. Disseretação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", 2008.

36 - Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Almeida MF, Latorre MRDO; "Avaliação do Sistema de Informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde."; Rev Saúde Pública, 27(supl.), 1993

37 - Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianoy RS, Leone CR, Marba STM, Rugolo LMSS, Luz JH, Lopes JMA; Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nas Rede Brasileira de Pesquisas neonatais., J Pediatr (Rio J). 2008;84(4):300-307.

38- Samuel Kilsztajn, Anacláudia Rossbach, Manuela Santos Nunes do Carmo, Gustavo Toshiaki Lopes Sugahara. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública 2003;37(3):303-10

39 - Laurenti R, Buchalla CM. Estudo da morbidade da mortalidade perinatal em maternidades. Rev. Saúde Pública, 19:225-32, 1985.

40 - Puffer RR, Serrano CV. Características del peso al nascer. Washington,D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1988.OPS-Publicacion Cientifica, 504;

41 - Puffer RR. Serrano CV. Patterns of mortality in childhood. Washington, D.C., Pan American Heath Organization, 1973. PAHO - Scientific publications, 262.; 26. VICTORA, C.G. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo, Editora Hucitec, 1988.

42 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Family Health. The incidence of low birth weigtht: a critical review of available information. World Hlth Stat. Quart. Rep., 33:197-224, 1980.

43 - Magalhães MC, Carvalho MS. Atenção hospitalar e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003;3(3):329-37.

44 - Pinto MSAP. Avaliação dos RN a termo com índice de apgar baixo de um Hospital Gearal Terciário, Público e de Ensino no Ceara em 2005.[dissertação 2008].

45 - Segre CAM, Marino WT. Atendimento ao RN na sala de parto. São Paulo, Sarvier, 1995. p. 35-46.

46 - Uchimura TT, Pelissari DM, Uchimura NS. Baixo peso ao nascer e fatores associados. Revista Gaúcha de Enfermagem 2008; 29(1):33-8.

47 - Giglio MRP, Lamounier JA, Neto OLM, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(3): 130-6.

48 - Fernandes K, Kimamura AF. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. Rer Esc Enferm USP, 2005; 39(4): 383-90.

49 - Rodrigues CT, Ferreira ID, Nordeste A, Fonseca M, Taborda A, Silva IS, Almeida MC. Epidemiologia da gestação múltipla casuística de 15 anos. Acta Med Port 2005; 18: 107 –11.

50 - São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à gestante e a puérpera no SUS-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2010. 234p.

51 - IBGE. Brasília: 2008 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> [acesso 18 out. 2009].

52 - Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná, Rev Esc Enfermagem USP 2009; 43(1): 95-102.

53 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual ténico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p.

54 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (DOU) Brasília, DF; 2000 jun 8, Seção I, p.112-4

55 - Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública 2003;37(3):303-10.

56 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 466 de 14 de junho de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jun. 2000d.

57 - Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007; Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 abr-jun; 14 (2): 338-345.

8. ANEXOS

8.1. Declaração de Nascidos Vivos

ANEXO 1

I — 01 – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Nº

II — REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.
MINISTÉRIO DA SAÚDE
1ª VIA – ÓRGÃO DE PROCESSAMENTO

CARTÓRIO
02 – CARTÓRIO DE
03 – Nº DO REGISTRO
04 – DATA DO REGISTRO
05 – MUNICÍPIO
06 – UF
07 – CÓDIGO

III — LOCAL DA OCORRÊNCIA
08 – INDICAR COM UM "X" NO QUADRO
1 HOSPITAL
2 OUTRO ESTAB. DE SAÚDE
3 DOMICÍLIO
4 OUTRO LOCAL
09 – ENDEREÇO
10 – MUNICÍPIO
11 – UF
12 – CÓDIGO
SE OCORRIDO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
13 – NOME DO ESTABELECIMENTO
14 – CÓDIGO

IV — RECÉM-NASCIDO
15 – NASCIMENTO
DATA: DIA, MÊS, ANO
HORA
MIN.
16 – SEXO (MARCAR COM "X" NO QUADRO)
1 MASCULINO
2 FEMININO
17 – PESO AO NASCER (ATÉ A 5ª HORA)
g
18 – ÍNDICE DE APGAR
1º MINUTO
5º MINUTO

V — GESTAÇÃO E PARTO
19 – DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) (INDICAR COM "X" NO QUADRO)
1 0 – 21
2 22 – 27
3 28 – 36
4 37 – 41
5 42 E MAIS
6 IGNORADA
20 – TIPO DE GRAVIDEZ (INDICAR COM "X" NO QUADRO)
1 ÚNICA
2 DUPLA
3 TRÍPLICE
4 MAIS DE 3
5 IGNORADO
21 – TIPO DE PARTO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)
1 ESPONTÂNEO
2 OPERATÓRIO
3 FÓRCEPS
4 OUTRO
5 IGNORADO

VI — MÃE
22 – NOME
23 – IDADE
24 – GRAU DE INSTRUÇÃO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)
1 NENHUMA
2 1º GRAU INCOMPLETO
3 1º GRAU COMPLETO
4 2º GRAU
5 SUPERIOR
6 IGNORADO
RESIDÊNCIA HABITUAL
25 – ENDEREÇO
26 – BAIRRO
27 – MUNICÍPIO
28 – UF
29 – CÓDIGO
30 – FILHOS TIDOS (INDICAR QUANTOS) NÃO INCLUIR ESTA GESTAÇÃO
NASC VIVOS
NASC MORTOS
TOTAL

VII — PAI
31 – NOME

VIII — RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO
32 – NOME
33 – FUNÇÃO

PARA REGISTRAR ESTA CRIANÇA (OBRIGATÓRIO POR LEI), O PAI OU RESPONSÁVEL DEVERÁ LEVAR ESTE DOCUMENTO AO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL.
ATENÇÃO: ➡ ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ANEXO 2

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br

Ética

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de maio de 2.010 OF. 187/2010-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu

Prezada Drª. Cristina,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa **(Protocolo CEP 3534-2010)** Perfil materno e dos recem nascidos prematuros nascidos vivos na primeira década do século XXI em município do interior, a ser conduzido por Bruna Balbi, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03 de maio de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP **"Relatório Final de Atividades"**.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP