

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA GIZELDA GOMES LAGES**

**ATIVIDADES EDUCATIVAS COM OS PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE BASEADAS NO PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE  
BARRAS-PIAUI**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA GIZELDA GOMES LAGES**

**ATIVIDADES EDUCATIVAS COM OS PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE BASEADAS NO PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE  
BARRAS-PIAUI**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

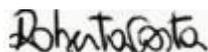
**Profa. Orientadora: Dra. Roberta Costa**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATIVIDADES EDUCATIVAS COM OS PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE BASEADAS NO PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE BARRAS-PIAUI** de autoria da aluna **MARIA GIZELDA GOMES LAGES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.



---

**Profa. Dra. Roberta Costa**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Enfim a realização! Neste momento conquistei uma vitória, depois de passar por momentos difíceis, mas também felizes. Por isso dedico essa vitória àqueles que tanto contribuíram para minha evolução, ao longo de toda minha vida. A minha mãe, ao meu pai, que mesmo ausente, sempre esteve olhando por mim. Ao meu namorado Thayson, que me ajudou muito, sendo companheiro e amigo em todos os momentos. Aos meus familiares, avôs, avós, primos e primas, ao meu irmão, tios, tias e amigos por estarem sempre presentes. Aos profissionais de Barras-PI. E, por fim, a minha orientadora. Muito obrigada por tudo!

## **AGRADECIMENTOS**

A Roberta, minha orientadora, que teve sempre muita paciência comigo.

À Universidade Federal de Santa Catarina, que me ofereceu a oportunidade de vivenciar um Projeto Pedagógico qualificado e diferenciado.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>4 RESULTADO E DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>25</b>

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Distribuição de nascidos vivos segundo características da gestação e parto no município de Barras (PI), 2006-2010..... 17

**Tabela 2.** Distribuição de nascidos vivos segundo índice de Apgar no primeiro e quinto minutos e sexo no município de Barras (PI), 2006-2010..... 20

## RESUMO

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos tem por objetivo coletar dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional e o fornecimento de dados sobre natalidade. Este estudo teve como objetivos: analisar o perfil epidemiológico do recém-nascido e da gestação e parto no município de Barras (Piauí), no período de 2006 a 2010; propor atividades educativas com os profissionais de saúde envolvidos no atendimento da mulher no período de gestação e pós-parto. Foram utilizadas as informações contidas no banco de dados no sítio eletrônico do DATASUS dos anos de 2006 a 2010. Estas informações possibilitaram a análise de importantes variáveis, capazes de caracterizar a gestação em relação a quantidade de consultas, tipo de parto, idade, escolaridade, quantidade de partos da mãe e características do recém-nascido. Entre os resultados obtidos, evidenciam-se reduções progressivas nos coeficientes de natalidade e na proporção de mães adolescentes, concomitantes a aumentos nas proporções de mães com mais de 20 a 34 anos, no percentual de gestações múltiplas, em partos pré-termo e de crianças com baixo peso ao nascer. Foram revelados, ainda, altos índices de parto operatório. Estes dados foram fundamentais na proposição de atividades educativas para os profissionais de Unidades Básicas de Saúde. As atividades educativas tem o propósito de envolver mais ativamente os profissionais na condução dos cuidados com a gestação e parto, bem como são consideradas importante estratégia de intervenção para reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal.

**Palavras-chaves:** Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Epidemiologia. Recursos humanos em saúde. Educação em serviço.

## 1 INTRODUÇÃO

Saber sobre a realidade da população é uma tradição em saúde pública, mas para se conseguir chegar ao objetivo proposto devem ser realizados estudos e análises das informações disponíveis e o acompanhamento periódico dos dados obrigatórios. Além do mais, a exatidão do conhecimento depende da qualidade dos dados gerados nos sistemas nacionais de informação em saúde (OPAS, 2009).

A implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) ocorreu de forma lenta e gradual, em todas as unidades da federação e vem sendo implantado em várias regiões do País de maneira heterogênea. O SINASC tem por objetivo coletar dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional e o fornecimento de dados sobre natalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), padronizada em todo o país e em três vias (BRASIL, 2001).

Este sistema de informação possibilita não só o levantamento do número real de nascimentos vivos, mas também a análise de importantes variáveis, capazes de caracterizar a gestação em relação a quantidade de consultas, tipo de parto, idade, escolaridade, quantidade de partos da mãe e várias características do recém-nascido (BRASIL, 2001). A partir destas informações é possível avaliar o serviço de saúde, bem como propor ações para o planejamento e execução de práticas que visem a qualidade da assistência perinatal.

Desde a implantação do SINASC, muitos trabalhos veem sendo produzidos, demonstrando o perfil dos nascimentos ocorridos em várias localidades do Brasil e a cobertura do sistema (TEMA FILHA, 2012). A cobertura do SINASC em 2004, estimada em 90% do total de nascidos vivos no país, supera amplamente a de nascimentos registrados em cartório. Apenas na região Nordeste a cobertura é menor que 90%, estando estimada em mais de 80%. Também para este sistema esforços tem sido feitos pelos órgãos gestores para a melhoria da cobertura e da qualidade de dados (OPAS, 2009).

Assim, este estudo tem como objetivos:

- Analisar o perfil epidemiológico do recém-nascido e da gestação e parto no município de Barras-Piauí (PI), no período de 2006 a 2010;
- Propor atividades educativas com os profissionais de saúde envolvidos no atendimento da mulher no período de gestação e pós-parto.

A relevância deste trabalho está na necessidade de analisar as informações referentes ao acompanhamento das gestantes e dos nascimentos no município de Barras (PI) para que seja possível programar atividades educativas baseadas na realidade local de saúde. Entendemos que as ações educativas tem o propósito de envolver mais ativamente os profissionais na condução dos cuidados com a gestação e parto, bem como são consideradas importante estratégia de intervenção para reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 HISTÓRIA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS**

O Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), é o gestor, em instância nacional, do SINASC. Suas competências são cumpridas pela Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde (CGAIS), que elaborou manual sobre as informações do SINASC, bem como o Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (BRASIL, 2001).

Ao contrário do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que teve a maior parte de seu desenvolvimento feita de forma não informatizada, o SINASC foi informatizado desde seu início, tendo sido o primeiro Sistema em Informações de Estatísticas Vitais desenvolvido para microcomputadores. O sistema informatizado, de fácil instalação, teve sua operação simplificada pelas rotinas auto-explicáveis, possibilitando a elaboração de relatórios de frequência e de cruzamentos entre as variáveis e permitindo o manuseio dos bancos de dados em instância estadual (BRASIL, 2001).

### **2.2 FLUXO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO**

A DNV é apresentada em três vias pré-numeradas, pelo Ministério da Saúde, através do CENEPI. É distribuída gratuitamente para todas as secretarias estaduais de saúde que as fornecem às secretarias municipais de saúde. Essas secretarias, por sua vez, repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios (BRASIL, 2001).

O documento deve conter os seguintes dados: nome; dia, mês, ano, hora e cidade de nascimento; sexo; informação sobre gestação múltipla, quando for o caso; nome, naturalidade, profissão, endereço de residência da mãe e a idade dela no momento do parto e o nome do pai. Desde junho de 2012, a Lei nº 12.662 transformou a DNV em documento de identidade provisória, aceita em todo o território nacional. Utilizada anteriormente apenas como forma de registro do nascimento de crianças vivas, agora tem valor oficial.

Dependendo, se o parto for hospitalar ou domiciliar, cada uma das três vias da Declaração de Nascido Vivo (DNV) terá o fluxo diferente.

### 2.2.1 Partos Hospitalares

São aqueles que acontecem em estabelecimentos de saúde onde podem ocorrer partos. Neste caso, o estabelecimento de saúde se responsabiliza pelo preenchimento da DNV, que deve ser direcionada da seguinte forma:

- Primeira Via (cor branca) – secretaria de saúde: permanece no estabelecimento de saúde até ser coletada, por busca ativa, pelos órgãos estaduais ou municipais responsáveis pelo sistema;
- Segunda Via (cor amarela) – cartório: fica com a família até ser levada ao cartório do registro civil para o competente registro do nascimento, conforme determina a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (BRASIL, 2001). Após o registro, o cartório do registro civil reterá esta via para seus procedimentos legais;
- Terceira Via (cor rosa) – unidade de saúde: será arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto, em princípio no prontuário do recém-nascido, de acordo com incisos I e II do artigo 10º, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (OPAS, 2009). Essa via poderá ser utilizada também para a localização das puérperas e dos recém-nascidos, visando o planejamento de ações específicas de saúde.

### 2.2.2. Partos Domiciliares

São aqueles que ocorrem em domicílios e são realizados por parteiras leigas. O preenchimento da DNV é fundamental e deve ser feito nos estabelecimentos de saúde ou em cartórios de registro civil.

- Primeira Via (cor branca) – secretaria de saúde: deve ser encaminhada à Secretaria de Saúde para o devido processamento;
- Segunda Via (cor amarela) – cartório; e
- Terceira Via (cor rosa) – unidade de saúde: estas duas vias se destinam ao cartório e à unidade de saúde.

Seu encaminhamento depende de onde foi feito o preenchimento da DNV:

- DNV preenchida em estabelecimento de saúde: este deve reter a terceira via (rosa) e entregar a segunda via (amarela) ao responsável para ser registrada em cartório;

- DNV preenchida em cartório: este deve reter a segunda via (amarela) e entregar a terceira via (rosa) ao responsável para que seja encaminhada à unidade de saúde, na primeira consulta médica do recém-nascido;

Da mesma forma que para os partos hospitalares, após o registro em cartório, a segunda via (amarela) será retida pelo cartório do registro civil para seus procedimentos legais.

### 2.3 ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde habituados a trabalhar de forma essencialmente assistencial encontram-se perante um novo desafio no campo de atuação junto às gestantes, necessitando estar cada vez mais capacitados para atender as necessidades desta clientela, por meio de orientações que promovam à saúde, possibilitem sanar as dúvidas durante o atendimento pré-natal e estimular sempre a autonomia das pacientes, visando uma melhor qualidade no atendimento que refletirá em uma gestação mais saudável e de qualidade.

Isto evoca a necessidade de capacitação permanente dos profissionais enfermeiros, no sentido de incrementar ações de promoção e prevenção que levem em conta às peculiaridades e necessidades específicas desta clientela, com informação e formação em saúde, propiciando desta forma, não apenas a prevenção de problemas gestacionais, mas uma melhor qualidade de vida durante e após a gestação.

As ações educativas visam:

- Incentivar a busca ativa precoce das gestantes à assistência pré-natal, informando-lhes acerca dos benefícios advindos dos cuidados ofertados pelo serviço de saúde;
- Descrever o perfil sócio-demográfico e obstétrico das gestantes assistidas pelo Programa Saúde da Família, como subsídio à avaliação das ações desenvolvidas junto a essa clientela;
- Sistematizar a prática educativa dirigida aos profissionais, estabelecendo seu eixo temático e metodologia, de modo a responder efetivamente aos seus anseios e necessidades;
- Identificar, junto aos profissionais, o grau de apreensão dos conhecimentos obtidos nas sessões educativas, através da adoção de práticas orientadas nas mesmas;
- Avaliar a efetividade das ações de promoção em saúde na atenção ao pré-natal, apontando caminhos para a sua incorporação pelo Programa Saúde da Família, além de modificar alguns

dados encontrados na pesquisa feita anteriormente do perfil dos nascimentos na cidade correlacionada.

- Promoção constante de eventos de capacitação técnica e de integração das equipes de saúde, objetivando qualificar a assistência pré-natal ofertada;
- Promover desenvolvimento de atividades diversas, envolvendo a família, a comunidade local e seus equipamentos sociais, com vistas à divulgação das práticas de promoção e proteção à saúde da mulher e da criança.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma proposta de uma intervenção educativa que será desenvolvida para instrumentalização dos profissionais de enfermagem de unidades básicas de saúde do município de Barras (PI) que atuam no cuidado à mulher/família durante o pré-natal e o pós-parto.

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

A intervenção educativa será desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde do município de Barras, visto que os dados correlacionados são relacionados a toda população e assim, há necessidade de sensibilizar todos os profissionais da equipe de enfermagem.

#### **3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

Serão realizadas as atividades educativas com todos os profissionais da equipe de enfermagem das Unidades Básicas de saúde, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

#### **3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Inicialmente foi feito uma busca no banco de dados no sítio eletrônico do DATASUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) dos anos de 2006 a 2010. No qual o município considerado foi Barras (PI). Essa cidade conta com um hospital para assistência ao parto. Foram incluídas na análise, dentre as variáveis contidas no SINASC, algumas características das mães (idade, escolaridade), da gestação e parto (local de nascimento do bebê, duração da gestação, tipo de gravidez, quantidade de consultas e tipo de parto) e do recém-nascido (peso ao nascer, sexo e índice de Apgar no primeiro e quinto minutos).

A idade materna foi categorizada em menores de 20 anos (adolescentes), 20 a 34 anos (adultas jovens) e 35 anos e mais. O local de nascimento foi subdividido em hospital, domicílio, outros estabelecimentos de saúde e outros. A duração da gestação foi classificada em menor que

37 semanas (pré-termo), superior ou igual a 37 semanas e ignorado, a quantidade de consultas pré-natais foi de menor ou igual a 6, maior que 6 e ignorado. A gravidez foi categorizada como única ou múltipla e ignorado. O tipo de parto foi dividido em cesárea, vaginal, ignorado. O peso ao nascer foi dicotomizado em menores de 2.500g (baixo peso), superior ou igual a 2.500g e ignorado. A variável sexo foi subdividida em masculino e feminino. No índice de Apgar no primeiro e quinto minuto usou-se a seguinte classificação: 0 a 2, 3 a 5, 6 a 7, 8 a 10 e ignorado. A variável escolaridade materna também sofreu alteração em sua categorização na DNV em 1999, por isso foi considerada na análise temporal. O Tabwin® foi o programa que viabilizou a obtenção e tabulação dos dados supracitados.

Após análise destes dados foi desenvolvido uma proposta de atividades educativas a ser desenvolvida com os profissionais de saúde envolvidos no atendimento da mulher/família no período de gestação e pós-parto. Os profissionais serão convidados para participar dos encontros sobre atenção à mulher/família no processo de nascimento, sendo informados que o intuito é melhoramos os indicadores de saúde na assistência a gestante e ao nascido vivo. As atividades serão divididas em sessões com assuntos diversificados. Os temas serão divididos por profissionais Médicos e Enfermeiros especializados nesses temas. Cada sessão terá duração de 4 horas, sendo que o conteúdo programático dessas ações encontra-se em anexo, sendo divididos em sessões semanais (Apêndice 1). Estas atividades são consideradas uma tecnologia interpretativa de situações de clientes - proporcionam ao profissional de saúde justificar os cuidados que são próprios de seu papel e provar sua contribuição específica no domínio da saúde, além de evidenciar os problemas de um cliente/pessoa, de uma família ou de uma coletividade permitindo ao profissional ver de forma clara aquilo que dever ser feito para resolvê-los.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados coletados no SINASC foram analisadas as seguintes variáveis: tipo de parto, duração de gestação, tipo de gravidez, idade materna, grau de instrução materno, local de nascimento, peso ao nascer, índice de apgar e sexo.

**Tabela 1.** Distribuição de nascidos vivos segundo características da gestação e parto no município de Barras (PI), 2006-2010.

Variáveis	Ano de Nascimento									
	2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>Tipo de parto</b>										
Vaginal	616	66,9	531	63,9	600	66,3	471	58,6	465	59,0
Cesário	304	33,0	300	36,1	304	33,6	326	40,5	320	40,7
Ignorado	1	0,1	-	-	1	0,1	7	0,9	2	0,3
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	
<b>Duração gestação</b>										
< 37 semanas	34	3,7	17	2,0	40	4,42	32	4,0	30	3,8
≥ 37 semanas	887	96,3	797	96,0	857	94,7	729	90,7	754	95,8
Ignorado	-	-	17	2,0	8	0,88	43	5,3	3	0,38
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	
<b>Tipo de gravidez</b>										
Única	912	99,02	822	98,9	891	98,5	789	98,1	765	97,2
Múltipla	9	0,98	9	1,1	14	1,5	12	1,5	21	2,7
Ignorada	-	-	-	-	-	-	3	0,4	1	0,1
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	
<b>Idade Materna</b>										
< 20 anos	277	30,07	250	34,1	244	26,9	197	24,5	211	26,8
20 – 34 anos	587	63,7	41	5,6	619	68,3	569	70,7	531	67,4
> 34 anos	57	6,2	40	5,4	42	4,6	38	4,7	45	5,7
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>731</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	
<b>Grau instrução materno</b>										
Nenhum	37	4,0	22	2,6	21	2,3	22	2,7	22	2,7
< 8 anos	564	61,2	557	67,0	596	65,8	454	56,4	435	55,2
≥ 8 anos	291	31,5	246	29,6	277	30,6	316	39,3	324	41,1
Ignorada	29	3,1	6	0,72	11	1,2	12	1,5	6	0,76
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	
<b>Local de Nascimento</b>										
Hospital	901	97,8	817	98,3	895	98,9	791	98,4	777	98,7
Outro Estabelecimento de Saúde	-	-	4	0,5	5	0,6	-	-	2	0,3
Domicilio	18	2,0	9	1,1	4	0,4	13	1,6	8	1,0
Outro	2	0,2	1	0,1	1	0,1	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	

<b>Peso ao Nascer</b>										
< 2500 gramas	64	6,9	75	9,0	63	7,0	56	6,9	86	10,9
≥ 2500 gramas	857	93,1	754	90,7	841	92,9	747	93,0	701	89,1
Ignorado	-	-	2	0,3	1	0,1	1	0,1	-	-
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	

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

Apesar do predomínio do parto espontâneo, constatou-se um alto percentual de parto operatório, sendo esta variação de 33,0 a 40,7 (Tabela 1). Como descrito na literatura, os índices de cesariana no Brasil e em alguns outros países vêm aumentando nas últimas décadas, não podendo ser explicados apenas como esforço para a melhoria dos resultados perinatais (VICTORA; BARROS; VAUGHAN, 1988; FAUNDES; CECATTI, 1991). O parto normal vem se mostrando superior nos últimos anos, mas com uma queda na sua frequência.

O grau de instrução materno pode ser visto como um indicador de condição social, sendo que o maior grau de instrução facilita acesso a emprego e melhoria da posição sócio-econômica da família (VICTORA; BARROS; VAUGHAN, 1988; AYÇAGUER; MACHO, 1990; MACHARELLI; OLIVEIRA, 1991).

No presente estudo, 55,2% a 67,0% das mulheres assistidas possuíam menos de oitos anos de estudo (Tabela 1).

Em relação à idade, observa-se pequeno aumento na proporção de mães adolescentes entre 2006 a 2007 (de 30,07% para 34,1%), seguido de progressivo decréscimo, com um leve aumento de 2009 para 2010 (24,5% e 26,8%). Por outro lado, houve diminuição gradativa na proporção de mães com 35 anos ou mais, que passou de 6,2% em 2006 para 4,7% em 2009, com um aumento no último ano em relação ao anterior. A progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho, junto com o melhoramento das técnicas de contracepção e sua distribuição gratuita, além de programas voltados à educação sexual no ensino fundamental, médio proporcionando aos jovens informações sobre saúde reprodutiva dentro dos diversos contextos sociais e emocionais, ajudam para gestações e partos programados e o aumento da proporção de mães com idades mais avançadas. Contudo, apesar do planejamento e do desejo da gravidez e acompanhamento médico mais detalhado, esse não deixa de ser um grupo de risco aos agravos maternos, referentes à própria idade, a complicações no parto e a danos aos recém-nascidos (malformações, baixo peso ao nascer, prematuridade, etc.) (SILVA; SURITA, 2009).

Em relação à variável idade gestacional, houve um aumento seguido de uma queda (menos de 37 semanas), os quais passaram de 3,7% em 2006 para 4,42% em 2008 e de 3,8 em 2010, mas vale ressaltar que conforme mostra a tabela 1, em 2009 houve um número significativos de dados ignorados seguido de uma queda. Estudos destacam também importante redução da quantidade de informações ignoradas referentes à variável idade gestacional (SILVEIRA; et al, 2009; UCHIMURA; et al, 2007; BITTAR, 2001).

A prematuridade pode apresentar determinação genética materno-fetal – não havendo prevenção, mas são pode haver um manejo adequado para melhor desfecho do parto prematuro - apresenta origens passíveis de prevenção ou de seguimento gestacional mais cauteloso na assistência pré-natal: uso de drogas na gestação, diabetes, doença hipertensiva específica da gestação e outras doenças de base materna. Informações às gestantes acerca da importância do comparecimento no seguimento pré-natal e a busca ativa às faltosas, principalmente em casos de gestações de risco, são deveres do profissional de saúde. Apesar disso, a prematuridade continua sendo a principal causa de morbimortalidade entre recém-natos. Estima-se que, entre prematuros, a possibilidade de morte neonatal seja de até 40 vezes maior, que o risco de complicações neurológicas seja cerca de 20 vezes mais aumentado e que as internações sejam de três a quatro vezes mais frequentes no primeiro ano de vida (SOUZA et al., 2009).

Os resultados apresentados na tabela 1 referentes ao tipo de gravidez mostram aumento na relação de nascidos vivos de gestações múltiplas, passando de 0,98% em 2006 para 2,7% em 2010, já as gestações únicas se mantiveram constantes com pequeno decréscimo. Observa-se ainda predomínio dos partos hospitalares, com percentuais que ultrapassam 98,9% dos nascimentos o que é um bom indicativo de assistência. A gravidez múltipla se destaca por apresentar complicações maternas e perinatais com necessidade de cuidados neonatais intensivos, como: prematuridade, baixos índices de Apgar, síndrome hipertensiva, rompimento prematura de membrana, baixo peso, aumento de cesáreas, posicionamento fetal inadequado, entre outras (WHO, 2004).

A análise dos nascidos vivos por local de ocorrência mostra que este é predominantemente hospitalar, variando de 97,8% a 98,9% dos nascimentos (Tabela 1). A tabela 1 mostra a tendência de nascimento de crianças com baixo peso (< 2.500g). Ressalta-se o aumento percentual desses recém-natos nos últimos biênios, o qual variou de 6,9% em 2006 a 10,9% em 2010.

O aumento da proporção de crianças com baixo peso ao nascer em Barras pode estar associado com o aumento de gestações múltiplas e de crianças pré-termo, além das condições sociais adversas em que vivem muitas mulheres no município, assim como no restante do país.

**Tabela 2.** Distribuição de nascidos vivos segundo índice de Apgar no primeiro e quinto minutos e sexo no município de Barras (PI), 2006-2010.

Variáveis	Ano de Nascimento									
	2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Apgar 1º min.</b>										
0 a 2	11	1,2	5	0,6	2	0,2	9	1,1	11	1,4
3 a 5	16	1,7	23	2,7	10	1,1	20	2,4	24	3,0
6 a 7	85	9,2	56	6,7	56	6,1	51	6,3	88	11,1
8 a 10	805	87,4	738	88,8	825	91,1	704	87,5	654	83,1
Ignorado	4	0,4	9	1,08	12	1,3	20	2,4	10	1,2
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	
<b>Apgar 5º min.</b>										
0 a 2	5	0,5	2	0,2	1	0,1	2	0,2	7	0,8
3 a 5	5	0,5	6	0,7	3	0,3	1	0,1	3	0,3
6 a 7	13	1,4	8	0,9	4	0,4	12	1,5	14	1,7
8 a 10	894	97,0	806	96,9	886	97,9	769	95,6	754	95,8
Ignorado	4	0,4	9	1,0	11	1,2	20	2,4	9	1,1
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	
<b>Sexo</b>										
Masculino	470	51,0	438	52,7	450	49,7	425	52,8	400	50,8
Feminino	451	48,9	393	47,2	455	50,2	379	47,1	387	49,1
<b>Total</b>	<b>921</b>		<b>831</b>		<b>905</b>		<b>804</b>		<b>787</b>	

Referente ao índice de Apgar indicado na tabela 2, pode-se dizer que houve diminuição em relação aos recém-nascidos com Apgar entre 8 e 10 no primeiro e quinto minutos, exceto em 2008, chegando aos percentuais máximos, respectivamente, de 91,1% e 97,9% neste ano, o que mostra boas condições de vitalidade dos recém-nascidos, pois mesmo com essa diminuição os níveis se mantiveram estáveis e elevados. Embora é preciso destacar que percentuais relativos ao índice de Apgar de 0 a 2, intervalo fortemente indicativo de anóxia neonatal grave, mantiveram-se oscilando com aumento em 2006 e 2010. O índice de Apgar é indicador das condições de vitalidade da criança logo após o nascimento. A avaliação de sua pontuação não é usada para

iniciar reanimação, mas sim, para avaliar a resposta do recém-nascido às manobras de reanimação. Dessa forma, o boletim de Apgar é um marcador de asfixia e se relaciona com prognóstico do recém-nascido. Em escala de zero a dez, quanto maiores os valores, melhores as condições de vitalidade da criança (BRITO, 2002).

Dessa forma, embora discreto, a diminuição proporcional de nascidos vivos com Apgar entre 8 e 10 pode ser considerado um aspecto negativo na evolução da série histórica em Barras, apesar de sempre se manterem elevados em relação aos outros valores. Em relação à variável sexo, de acordo com o mostrado na tabela 2, houve predomínio do masculino em relação ao feminino durante todo período do estudo, apresentando seu pico em 2009 (52,8%). O maior percentual de nascimentos de crianças do sexo feminino ficou restrito ao ano de 2012 com 49,1%.

No entanto a qualidade da informação do SINASC de Barras é considerada muito boa, haja vista a utilização permanente desses dados pelas unidades de saúde para o monitoramento da saúde da criança e o controle de qualidade exercido pelo setor responsável pelo processamento dessas informações (ANDRADE; SOARES, 2005).

Diante disso, optamos por trabalhar estes resultados em atividades educativas com os profissionais da equipe de saúde de unidades básicas, com o intuito de melhorar o atendimento prestado a mulher/família durante o pré-natal e pós-parto. Os resultados esperados das ações educativas serão o de aprimoramento com mudanças na assistência com o objetivo de melhorar os indicadores observados após estudo do SINASC.

Ao nos referimos às mudanças que podem ocorrer em seu processo de trabalho, a partir de uma prática de intervenção, estamos nos referindo a um entendimento mais amplo de mudança; aquele que reconhece um processo de transformação, que combina alterações “internas” nos valores, aspirações, atitudes e desejos, com alterações “externas” nos processos, estratégias e práticas, através de uma nova compreensão sobre o fenômeno estudado e a prática profissional.

## 5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou analisar o perfil dos nascimentos segundo algumas características da mãe, do pré-natal, parto e do recém-nascido. Entre as informações obtidas, evidenciam-se diminuição gradativa dos coeficientes de natalidade e uma oscilação entre os anos na proporção de mães adolescentes, mas com aumento nas proporções de mães com > de 20 a 34 anos, em relação a gestação única, parto a termo e crianças de peso normal houve uma superioridade como foi visto em outras pesquisas.

Além disso, teve um aumento de partos hospitalares e cesáreas, mostrando a necessidade de mais estudos já que a taxa de mortalidade materna ainda aparece nos dados. Em relação ao índice de Apgar avaliado os valores de 8 a 10 tanto no 1º minuto como no 5º minuto vem caindo, demonstrando a importância de análise destes dados, já que a assistência ao pré-natal vem melhorando, esses valores se tornam alarmantes.

Com esses dados, existe a necessidade de ações educativas com os profissionais a fim de melhorar o atendimento prestado, e conseqüentemente esses dados, como a diminuição de partos cesáreos e o aumento do índice de apgar ou até mesmo a medição correta do mesmo.

Enfim as mudanças ocorridas com a implantação do SINASC e a padronização da DNV vieram ajudar na melhoria da assistência prestada tanto ao RN e à mulher nesse período gravídico-puerperal. A medicina tem mostrado um avanço tecnológico e maiores investimento na humanização do atendimento, na prevenção e promoção através da Estratégia de Saúde da Família. Neste contexto, as atividades educativas despontam como uma importante estratégia para instrumentalizar os profissionais de saúde e motivá-los para melhorar a qualidade da assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. Dados e informações em saúde: para que servem? In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni JL. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Eduel: rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 161-81. Vidal AS, Arruda BKG, Vanderlei LC, Fraix PG. Avaliação da série histórica dos nascidos vivos em unidade terciária de Pernambuco - 1991 a 2000. **Rev Assoc Med Bras.** v.51, n.1, p.17-22, jan-mar; 2005.

AYÇAGUER, L. C. S.; MACHO, E. D. Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales em las Américas. Un estudio de correlaciones. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.473-480, 1990.

BITTAR, R.E. O que fazer para evitar a prematuridade? **Rev Assoc Med Bras.** v.47, n. 1, p.15-6, jan-mar; 2001.

BRASIL, **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo.** 3. ed. - Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRITO, A.S.J. Atendimento e reanimação do recém-nascido na sala de parto. In: Carvalho ABR, Brito ASJ, Ferrari LSL, Gonzákez MRC. **Rotinas de neonatologia.** Londrina: Eduel; 2002. p. 29-42.

FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. Operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, p.150-173, 1991.

MACHARELLI, C. A.; OLIVEIRA, L. R. Perfil do risco de óbito de crianças menores de um ano residentes em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. **Revista de Saúde Pública**, v.25, p.121- 128, 1991.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Informação para Decisão de Políticas de Saúde.** [serial on the Internet]. [citado 2009 dez. 15]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/temas.cfm?id=57&area=Conceito>.

SILVA, J.L.C.P.; SURITA, F.G.C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.31, n.7, p. 321-5, jul; 2009.

SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad Saúde Pública.** v.25, n.6, p.1267-75, jun; 2009.

SOUZA, L.H.; MADI, J.M.; ARAÚJO, B.F.; ZATTI, H.; MADI, S.R.C.; LORENCETTI, J.; et al. Características e resultados perinatais das gestações gemelares (1998-2007). **Rev AMRIGS.** v.53, n.2, p.150-5, abr-jun; 2009.

TEMA FILHA, M.M.; et al. Confiabilidade fazer Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares nenhum Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2012.

UCHIMURA, T.T.; et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer segundo as variáveis da mãe e do recém-nascido, em Maringá - PR, no período de 1996 a 2002. **Ciênc Cuid Saúde**. v.6, n.1, p.51-8, jan-mar; 2007.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P., **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1988.

WHO. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Low birthweight: country, regional and global estimates. [serial on the Internet]. **New York**: UNICEF, 2004. [citado 2009 dez. 11]. Disponível em:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/low\\_birthweight/low\\_birthweight\\_estimates.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/low_birthweight/low_birthweight_estimates.pdf).

**CONTEÚDO TEMÁTICO DAS SESSÕES EDUCATIVAS**

**PRIMEIRA SESSÃO**

- 1) Importância do pré-natal
  - 1.1) Conceito
  - 1.2) Objetivos
  - 1.3) Consultas
  - 1.4) Exames de rotina
- 2) Desenvolvimento da gestação
  - 2.1) Diagnóstico de gravidez
  - 2.2) Duração da gravidez
  - 2.3) Crescimento e desenvolvimento fetais
- 3) Nutrição
  - 6.1) Aconselhamento dietético (ferro, ácido fólico e vitamina A)
  - 6.2) Avaliação e controle ponderais

**SEGUNDA SESSÃO**

- 1) Atividade física
  - 1.1) Doméstica
  - 1.2) Profissional
  - 1.3) Ginástica e prática desportiva
- 2) Técnicas de relaxamento, respiração e postura
- 3) Cuidados odontológicos para gestante e o lactente

**TERCEIRA SESSÃO: Patologias na gravidez (diagnóstico e prevenção)**

- 1) Hiperemese gravídica
- 2) Abortamento:
  - 2.1) Ameaça
  - 2.2) Incompleto e retido
  - 2.3) Infectado
- 3) Infecções
  - 3.1) HIV
  - 3.2) Sífilis
  - 3.3) Rubéola
  - 3.4) Tétano
  - 3.5) Hepatite B
  - 3.6) Toxoplasmose
  - 3.7) HPV
  - 3.8) Herpes simples
  - 3.9) Candidíase
  - 3.10) Vaginose bacteriana

- 3.11) Tricomoníase
- 3.12) Urinária
- 4) Hipertensão arterial
  - 4.1) Pré-eclâmpsia
  - 4.2) Eclampsia
  - 4.3) Hipertensão crônica
- 5) Prematuridade
  - 5.1) Fatores de risco
  - 5.2) Ameaça de parto prematuro
- 6) Amniorrexe prematura
- 7) Hemorragias obstétricas
  - 7.1) Placenta prévia
  - 7.2) Descolamento prematuro da placenta
  - 7.3) Rotura uterina

#### **QUARTA SESSÃO: O parto**

- 1) Normal
  - 1.1) Pré-parto (diagnóstico de trabalho de parto)
  - 1.2) Dilatação (alimentação, deambulação, analgesia, toque, ausculta fetal)
  - 1.3) Expulsão (postura, prensa abdominal)
  - 1.4) Dequitação
- 2) Pélvico
- 3) Fórceps
- 4) Cesariana
  - 4.1) Indicações principais
  - 4.2) Cuidados pré-operatórios
  - 4.3) Anestesia
  - 4.4) Cuidados pós-operatórios
  - 4.5) Complicações pós-operatórias

#### **QUINTA SESSÃO**

- 1) Puerpério normal
  - 1.1) Conceito e duração
  - 1.2) Fenômenos involutivos
  - 1.3) Consulta de revisão puerperal
  - 1.4) Recomendações assistenciais
- 2) Planejamento familiar (contracepção)
  - 2.1) Fertilidade pós-parto
  - 2.2) Lactação e amenorréia
  - 2.3) Métodos de barreira (condoms)
  - 2.4) Métodos hormonais (minipílula e injetável trimestral)
  - 2.5) DIU
  - 2.6) Métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia)
  - 2.7) Intervalo interpartal
- 3) Puerpério patológico

- 3.1) Hemorragia
- 3.2) Infecção puerperal
- 3.3) Mastite
- 3.4) Complicações urinárias
- 3.5) Psicose puerperal
- 3.6) Tromboembolismo

## **SEXTA SESSÃO**

### **1) O recém-nascido**

- 1.1) Características normais (exame físico)
- 1.2) Assistência no pós-parto imediato
- 1.3) Cuidados neonatais (vacinação, teste do pezinho, higiene, banho de sol)
- 1.4) Cartão da criança (crescimento e desenvolvimento)
- 1.5) Patologias neonatais mais prevalentes
- 1.6) O recém-nascido prematuro (alterações comuns e amamentação)

### **2) Aleitamento materno**

- 2.1) Anatomia da mama
- 2.2) Fisiologia da lactação
- 2.3) Técnica de amamentação
- 2.4) Distúrbios da amamentação (alterações mamilares, ingurgitamento, mastite, hipogalactia)
- 2.5) Dificuldades para amamentar
- 2.6) Supressão da lactação
- 2.7) Drogas e lactação