Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

EVOLUÇÃO DE INDICADORES MATERNOS A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS

DEVELOPMENT OF MATERNAL INDICATORS FROM THE INFORMATION SYSTEM ON LIVE BIRTHS

EVOLUCIÓN DE INDICADORES MATERNOS A PARTIR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE NACIDOS VIVOS

Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes[1], Isabella Cristina Cunha Carneiro[2], Patrícia Santos Prudêncio[3], Fabiana Villela Mamede[4]

RESUMO

Objetivos: delinear as características maternas e avaliar os indicadores de saúde materna por meio do SINASC. ***Método:*** estudo retrospectivo e longitudinal com abordagem quantitativa. A população foi constituída por 18.065 nascimentos ocorridos em São Luís/MA, no ano de 2012, selecionados a partir do SINASC. Na análise dos dados, utilizou-se o programa Epi-info. ***Resultados:*** verificou-se que 17,3% eram adolescentes; 65,9% tinham companheiro; 80,5% cursaram até o ensino superior; 84,13% realizaram quatro ou mais consultas pré-natais; 51,54% realizaram partos cesáreos; e 11,94% foram partos prematuros. A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes foi 17,30%, de partos cesáreos 51,54% e de partos prematuros 11,94%. O indicador de cobertura pré-natal para o mínimo de quatro consultas foi 84,13%. ***Conclusão:*** os indicadores de partos cesáreos e partos prematuros tiveram destaque desfavorável, refletindo a importância do desenvolvimento de ações na assistência pré-natal. ***Descritores:*** Indicadores Básicos de Saúde; Cuidado Pré-Natal; Parto; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objectives: to outline the maternal characteristics and evaluate maternal health indicators through SINASC. ***Method***: a retrospective, longitudinal study with a quantitative approach. The population consisted of 18,065 births in São Luis/MA in 2012 selected from the SINASC. In the data analysis, the Epi-info program was used. ***Results***: it was found that 17.3% were adolescents; 65.9% had a partner; 80.5% had completed higher education; 84.13% had four or more antenatal visits; 51.54% underwent cesarean deliveries, and 11.94% were premature births. The proportion of live births to adolescent mothers was 17.30%, cesarean deliveries were 51.54%, and premature births was 11.94%. Prenatal coverage indicator for a minimum of four visits was 84.13%. ***Conclusion***: the cesarean deliveries indicators and premature births were unfavorable highlighted, reflecting the importance of developing actions in prenatal care. ***Descriptors***: Health Status Indicators; Prenatal Care; Childbirth; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivos: delinear las características maternas y evaluar los indicadores de salud materna por medio del SINASC. ***Método:*** estudio retrospectivo y longitudinal con enfoque cuantitativo. La población fue constituída por 18.065 nacimientos en São Luís/MA en el año 2012 seleccionados a partir del SINASC. En el análisis de los datos, se utilizó el programa Epi-info. ***Resultados:*** se verificó que 17,3% eran adolescentes; 65,9% tenían compañero; 80,5% cursaron hasta la enseñanza superior; 84,13% realizaron cuatro o más consultas pre-natales; 51,54% realizaron partos cesáreos y 11,94% fueron partos prematuros. La proporción de nacidos vivos de madres adolescentes fue 17,30%, de partos cesáreas fue 51,54%, y de partos prematuros fue 11,94%. El indicador de cobertura pre-natal para lo mínimo de cuatro consultas fue 84,13%. ***Conclusión:*** los indicadores de partos cesáreas y partos prematuros tuvieron destaque desfavorable, reflexionando la importancia del desarrollo de acciones en la asistencia pre-natal. ***Descriptores:*** Indicadores Básicos de Salud; Cuidado Pre-Natal; Parto; Enfermería Obstétrica.

[1]Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: fbaluz@gmail.com; [2]Enfermeira, Graduanda, Graduação Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: isabelliknha@hotmail.com; [3]Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: psprudencio@usp.br; [4]Enfermeira, Professor Doutor, Departamento de Saúde Materno e Infantil, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: famamede@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde são instrumentos utilizados em pesquisas que servem para mensurar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma determinada população em todos os níveis por meio da quantificação e avaliação de informações coletadas. Os indicadores são classificados em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura, e assim utiliza-se nos Indicadores e Dados Básicos para Saúde – IDB, que compreende um amplo conjunto de indicadores construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional.[1]

A análise epidemiológica de indicadores de saúde possibilita o reconhecimento e o monitoramento do desempenho do sistema de saúde e das condições sanitárias da população, além de contribuir para melhoria contínua do acesso ao cuidado e da qualidade da saúde materno-infantil oferecida a nível local e nacional.[2]

Em se tratando de indicadores de fatores de risco, o indicador de proporção de nascidos vivos de mães adolescentes tem despertado interesse de pesquisadores em países em desenvolvimento devido ao aumento da gravidez na adolescência associada à pobreza e baixa escolaridade, bem como os negativos resultados perinatais. Em pesquisa realizada em São Luís/MA, no ano de 1997 e 1998, com amostra de 2.429 mulheres, a fim de identificar as principais características socioeconômicas, demográficas, antropométricas e comportamentais, bem como os resultados perinatais da gravidez na adolescência, concluiu-se que os altos índices de gravidez na adolescência no município indicam a necessidade de viabilizar políticas adequadas de atendimento a essas mulheres que estão engravidando em condições de vida desfavoráveis.[3]

Quanto aos indicadores de cobertura em saúde da mulher[4], a cobertura do pré-natal é um dos principais indicadores de saúde da Atenção Básica do SUS, em que o serviço prestado envolve uma sequência de processos realizados por outras instâncias da atenção básica.[4]

O governo federal elaborou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)[5], instituído através da portaria GM/ nº 569 de 1/06/2000, que pretende buscar uma assistência obstétrica integrada, qualificada e humanizada com a participação ativa e associada dos setores federal, estadual e municipal. Além disso, prioriza reduzir os altos índices de morbimortalidade materna, neonatal e perinatal; melhorar a cobertura, acesso e qualidade dos serviços de pré-natal, parto, puerpério e neonatal; e expandir estratégias adotadas em programas anteriores na atenção à gestante pelo mesmo órgão.[5]

Outro indicador de cobertura na área da saúde da mulher é a proporção de parto cesáreo. Segundo a Organização Mundial de Saúde[6], o Brasil é indicado com o maior número de partos cesáreos no mundo. Verifica-se nos estudos de série histórica um aumento das taxas de partos cesáreos da década de 80 a 90; atualmente, as taxas ultrapassam 40% em todo Brasil, com variações entre regiões; no Norte e Nordeste, observa-se menores taxas, enquanto no Sudeste, Sul e Centro-Oeste, apresentam-se maiores taxas.[7] Tal constatação no estado do Paraná, região Sul do país, reforça as evidências de que esse aspecto pode aumentar o risco de mortalidade materna e infantil.[8]

No Brasil, a saúde materno-infantil tem sido reconhecida como prioridade há algumas décadas por apresentar um quarto dos óbitos infantis e a quase totalidade dos óbitos maternos decorrentes da prestação de cuidados inadequados desde o início da gestação até o pós-parto imediato.[9] Estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2002[10], para avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, demonstrou uma falta de integração funcional entre o pré-natal e o parto, dentre outros aspectos importantes para uma adequada assistência à gestação e ao parto, essencial para reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil.

Os indicadores de mortalidade são muito utilizados para avaliar o nível de saúde da população. Assim, a mortalidade materna e infantil são indicadores que refletem a qualidade da atenção à saúde da mulher e da população infantil. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) está associada à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerpério. Enquanto que o Coeficiente de Mortalidade Infantil reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.[1]

Resultados de um estudo[11] com respaldo em resultados do Ministério da Saúde[12] mostrou a redução de 56% na mortalidade materna por causas diretas, decorrentes de problemas obstétricos durante a gestação,

parto e puerpério, e acréscimo de 33% nas causas indiretas, resultantes de patologias preexistentes ou que se desenvolveram no período gestacional, no período de 1990 a 2007. Registrou ainda que houve diminuição na mortalidade materna no ano de 1990, enquanto a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Já em 2007, teve uma considerável redução para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos, quase a metade do registrado anteriormente.[12]

Diante da necessidade de conhecer e aprofundar o conhecimento acerca da realidade de saúde materna e condições de vida de uma determinada região, torna-se relevante o estudo dos indicadores de saúde da mulher devido a sua eficácia nas ações de planejamento e execução de táticas funcionais direcionadas à qualidade da assistência.[13-4]

Dessa forma, o presente estudo buscou por meio do Sistema de Informação de Nascidos Vivos:

- Delinear as características maternas;
- Avaliar os indicadores de saúde materna por meio do SINASC;
- Avaliar os indicadores de saúde relacionados à assistência pré-natal por meio do Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da tese << ***Indicador de Cobertura Pré-Natal: uma análise espacial em São Luís/MA*** >> em elaboração do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto-SP, Brasil. 2014.

Estudo retrospectivo e longitudinal com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão, situada em uma ilha localizada no litoral norte do Maranhão com área de 834,785 km², população de 1.014.837 habitantes e PIB per capita de 15381.99 reais, considerada macrorregião do estado responsável por mais três municípios, Chapadinha, Itapecuru Mirim e Rosário.[15] A população da pesquisa constituiu-se de 18.065 nascimentos ocorridos no ano de 2012. Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados a partir do SINASC os nascimentos ocorridos em 2012, no município de São Luís/MA, conforme registro por residência da mãe, sendo o local de ocorrência hospitais ou outros estabelecimentos de saúde do referido município. Foram excluídos da pesquisa os nascimentos que aconteceram em domicílio, outros locais ou com dados ignorados quanto ao local de ocorrência, bem como os nascimentos ocorridos em outros municípios do estado do Maranhão.

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2013, na Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, setor de vigilância em Saúde, localizada na cidade São Luís/MA, onde foram disponibilizadas as declarações de nascidos vivos (DN) contendo as variáveis selecionadas. Tais dados foram coletados e registrados pela pesquisadora principal da pesquisa.

As variáveis materno-infantis do SINASC selecionadas foram idade da mãe, estado civil, escolaridade, ocupação, número de filhos mortos em gestações anteriores, duração da gestação (pré-termo - menor de 37 semanas de gestação; termo – de 37 a 41 semanas de gestação e pós-termo – de 42 semanas de gestação ou mais), número de consultas no pré-natal e tipo de parto.

Para os indicadores da mãe, da gestação e do parto, no ano de 2012, foram calculadas as proporções de mães adolescentes (idade < 20 anos), consultas no pré-natal (menos de quatro consultas), partos hospitalares, partos cesarianos e partos prematuros (idade gestacional < 37 semanas), a partir dos nascidos vivos neste ano, multiplicadas por 100. Os dados foram disponibilizados em arquivos compatíveis com o programa Excel e, em seguida, foram calculados os indicadores. Foi utilizado o programa Epi-info no processamento dos dados descritivos.

Quanto aos aspectos éticos e legais, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP para apreciação. Posteriormente, foi aprovada sob o número de protocolo 292.317, obedecendo à Resolução nº 466/2012 referente às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Além disso, foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís para coleta de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

O estudo utilizou informações de banco de dados secundários e por não envolver a participação direta das mães e recém-nascidos foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No presente estudo, identificou-se que no ano de 2012 foram registrados no SINASC 18.065 nascimentos na cidade de São Luís –

MA, resultados que serão discutidos quanto às características maternas, bem como os indicadores maternos.

Tabela 1. Características socioeconômicas das mães dos nascidos vivos em 2012. São Luís/MA, 2012.

Características maternas	n	%	IC 95%
Idade			
10 a 19 anos	3125	17,3	16,8 – 17,9
20 a 34 anos	13275	73,5	72,8 – 74,1
35 anos e mais	1665	9,2	8,8 – 9,7
Estado civil			
Solteira	5593	31,0	30,3 – 31,6
Casada	4245	23,5	22,9 – 24,1
Viúva	28	0,2	0,1 – 0,2
Separada/divorciada	62	0,3	0,3 – 0,4
União estável	7668	42,4	41,7 – 43,2
Ignorado	469	2,6	2,4 – 2,8
Escolaridade			
Sem escolaridade	57	0,3	0,2 – 0,4
Fundamental (≤ 9 anos de estudo)	384	2,1	1,9 – 2,3
Médio (10 a 12 anos de estudo)	2808	15,5	15,0 – 16,1
Superior (≥ 13 anos de estudo)	14548	80,5	79,9 – 81,1
Ignorado	268	1,5	1,3 – 1,7
Ocupação			
Não remunerada	10514	58,2	57,5 – 58,9
Remunerada	5517	30,5	29,9 – 31,2
Sem ocupação	5	0,0	0,0 – 0,1
Ignorado	2029	11,2	10,8 – 11,7
TOTAL	**18065**	**100**	

Na Tabela 1, que descreve as características socioeconômicas das mães, identificou-se que a maioria das mulheres (73,5%) apresentava idade entre 20 a 34 anos, sendo 17,3% mães adolescentes, de 10 a 19 anos; 65,9% das mulheres residiam com o companheiro; quanto à escolaridade da mãe, 80,5% tinham ensino superior; 58,2% apresentavam atividade remunerada.

Tabela 2. Características assistenciais das mães dos nascidos vivos. São Luís/MA, 2012.

Características maternas	n	%	IC 95%
Nascidos mortos			
Nenhum	12725	70,4	69,8 – 71,1
1 a 3 filhos	3282	18,2	17,6 – 18,7
4 a 6 filhos	48	0,3	0,2 – 0,4
7 e mais	9	0,0	0,0 – 0,1
Ignorado	2001	11,1	10,6 – 11,5
Idade gestacional			
Pré-termo	2157	11,9	11,5 – 12,4
Termo	11885	65,8	65,1 – 66,5
Pós-termo	893	4,9	4,6 – 5,3
Ignorado	3130	17,3	16,8 – 17,9
Consultas pré-natais			
Nenhuma	848	4,7	4,4 – 5,0
De 1 a 3	2007	11,1	10,7 – 11,6
De 4 a 6	7451	41,2	40,5 – 42,0
7 e mais	7747	42,9	42,2 – 43,6
Ignorado	12	0,1	0,0 – 0,1
Parto			
Vaginal	8642	47,8	47,1 – 48,6
Cesáreo	9310	51,5	50,8 – 52,3
Ignorado	113	0,6	0,5 – 0,8
TOTAL	18065	100	

A Tabela 2 demonstra que 70,4% das gestantes não tiveram filhos mortos em gestações anteriores; 42,9% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal; 65,8% das mães tiveram seus filhos com idade gestacional compreendida de 37 a 41 semanas (a termo); 51,5% das mulheres realizaram parto cesáreo.

Foram identificados os indicadores maternos dos últimos seis anos com as proporções de mães adolescentes, número de consultas pré-natais, partos hospitalares, partos cesáreos e partos prematuros de nascidos vivos em 2012, em São Luís/MA, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Evolução dos indicadores maternos na cidade estudada. São Luís/MA, 2012.

Indicadores de saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes	21,15	19,68	18,29	17,42	17,70	17,30
Proporção de nascidos vivos por número de consultas pré-natais (4 consultas ou mais)	82,34	81,91	85,04	85,76	84,01	84,13
Proporção de partos hospitalares	99,65	99,67	99,81	99,77	99,56	99,68
Proporção de partos cesáreos	43,08	45,41	47,40	49,53	49,89	51,54
Proporção de partos prematuros	4,91	5,27	5,07	5,61	11,55	11,94

Fonte: Indicadores e Dados Básicos - IDB 2011(DATASUS, 2012).

Em 2012, constatou-se que a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes em São Luís/MA foi 17,30% e quando comparado aos últimos cinco anos, observa-se uma redução discreta de 3,85%, e nos anos de 2010 e 2011, mantiveram-se em relação a 2012.

O indicador de cobertura pré-natal, levando em conta o número mínimo de quatro consultas, obteve um resultado percentual de 84,13%, em 2012. Nos últimos cinco anos, o aumento das consultas pré-natais permaneceram mantidos, o que indica uma melhoria na assistência materno-infantil, repercutindo na redução da morbimortalidade materno-infantil.[16]

Em relação à proporção de partos hospitalares, observaram-se 99,68% dos partos hospitalares em 2012, mantidos nos últimos cinco anos. Destes, 51,54% foram identificados como partos cesáreos; 11,94% constatados como partos prematuros, o que representa um aumento importante em comparação aos últimos cinco anos, quando comparado ao registro do ano de 2007, com 4,91%.

DISCUSSÃO

Percebeu-se, neste estudo, que o destaque dos nascimentos ocorridos era de mães adolescentes, assim como no estudo realizado no município de Rio Grande em Rio Grande do Sul[17], o qual revelou que 20,2% dos nascimentos ocorridos eram de mães adolescentes, menor de 20 anos, demostrando que a frequência de mães adolescentes é comum mesmo em cidades do Sul do Brasil.

O estado civil da mãe verificado nesta pesquisa é similar ao resultado do estudo realizado[18] na América Latina e Caribe sobre a assistência obstétrica e suas complicações graves, quando descrevem as características das mulheres entrevistadas no Brasil, em 1996, sobressaindo-se as mulheres que vivem com o companheiro (60,1%); seguidas das que nunca foram casadas, portanto, solteiras (30,6%) e das divorciadas (1,0%).

Quanto à variável escolaridade da mãe observada nesta pesquisa, quando comparada aos resultados do estudo[19], percebe-se uma diferença de menos anos de estudo, ou seja, considerada baixa (menos de oito anos de estudo) em 43,1% das mães do município de Sarandi (PR).

Os resultados de ocupação remunerada deste estudo divergem da pesquisa desenvolvida[20] em São Paulo, no ano 2008, com o objetivo de identificar as representações sociais da maternidade em mulheres com gestação de alto risco, que observou 59% das mulheres com remuneração e 41% não possuíam ocupação remunerada.

Observou-se, nesta pesquisa, um baixo percentual de mulheres com filhos mortos em gestações anteriores, assim como em outro estudo realizado em São Luís[16], no período de 2006 a 2010, em que a maioria das mães (70,1%) não possuía filhos nascidos mortos e 21,5% das mães tinham história anterior de filhos nascidos mortos.

O percentual dos nascidos vivos pré-termos encontrado no presente estudo, quando comparado a outro estudo[16], realizado na mesma cidade, o qual apresentou 5,7% dos nascidos vivos pré-termos no ano de 2010, percebe-se um aumento de 6,2% entre 2010 e 2012, o que corrobora ainda mais para que a saúde materno-infantil seja foco de pesquisas voltadas à melhoria da assistência.

Pesquisa realizada em São Luís/MA (1997-8)[21] obteve cobertura da assistência pré-natal de 89,5%; destes, 62,9% referiam-se às gestantes que realizaram cinco ou mais consultas pré-natais e 60,2% equivalentes às que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Deve-se levar em conta que o número de consulta pré-natal, além de ser um indicador de peso da saúde materno-infantil, é um dos fatores determinantes para a vitalidade do recém-nascido e reflete positivamente na qualidade da assistência prestada às gestantes.[13]

No que se refere ao tipo de parto, tanto os achados deste estudo como os resultados da pesquisa realizada no Hospital das Clínicas de Porto Alegre[22], que obteve a taxa de partos

vaginais em 67,5% e de partos cesáreos em 32,5%, estão muito além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais determinam, respectivamente, até 25% e até 15% do número total de partos cesáreos realizados em um serviço de saúde.[9]

Quanto à discreta redução nas ocorrências de nascidos vivos de mães adolescentes em São Luís, constatou-se que é necessário o conhecimento do perfil das adolescentes de determinada região para que sejam traçadas metas e ações no intuito de colaborar com a redução imediata do número de mães adolescentes, bem como os efeitos negativos acarretados por esse fato a estas jovens.[23] Ressalta-se, ainda, que a maternidade precoce afeta o desempenho da mãe adolescente nos estudos, causando até evasão escolar.[24]

A prevalência de partos hospitalares constatada neste estudo reforça as evidências científicas de que o parto hospitalar é considerado um fator contribuinte na redução da mortalidade materna e neonatal por proporcionar mais segurança à equipe profissional e à parturiente; garantir profissionais especializados e qualificados; adequar a conduta obstétrica e a assistência ao neonato no momento do parto; fazer uso de aparelhos e tecnologias em eventuais intercorrências, garantindo, dessa maneira, assistência imediata em complicações obstétricas e neonatais.[25-6]

Ressalta-se a importância do parto e nascimento humanizado, havendo uma desvalorização do parto natural em casas de parto devido à maior prática do parto cirúrgico em ambiente hospitalar. Afirmam ainda que não se deve negar o quanto os avanços tecnológicos ajudam a diminuir os riscos maternos e fetais, tornando o parto mais seguro, porém, observa-se como consequência a depreciação dos aspectos emocionais e sociais envolvidos na assistência ao parto.[28]

Em relação ao destaque de partos cesárea ocorridos em São Luís, destaca-se como sendo um importante fator de risco para a morbimortalidade materna e acarretando em complicações, como infecção puerperal, infecção no sítio cirúrgico, hemorragias, aumento do risco de parada cardiorrespiratória, complicações anestésicas, recuperação mais dificultosa, hospitalização prolongada, histerectomia, dentre outras, logo, faz-se importante uma estratégia eficaz na redução desse elevado número de cesarianas, na busca de otimizar a qualidade de vida às puérperas e diminuir os custos hospitalares.[22-28-9]

O Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha em junho de 2011[26] buscando a garantia do atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, dando ênfase ao parto normal, além da cobertura à saúde de crianças até os dois primeiros anos de idade.[30]

Quanto ao aumento de partos prematuros constatados em São Luís, tal aspecto constatado é considerado como um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e um problema de Saúde Pública em virtude da sua incidência com o passar dos anos, o que implica na necessidade de ações efetivas na melhoria da qualidade da assistência pré-natal.[31]

Tais aspectos identificados neste estudo retratam um pouco da situação da assistência à saúde reprodutiva no Brasil que apresenta um quadro epidemiológico com altas taxas de mortalidade materna e perinatal, com uso indiscriminado de intervenções, que são facilmente verificadas nas taxas de cesárea, refletindo em uma má qualidade da assistência obstétrica.[32]

Os indicadores básicos negativos de saúde materna acarretam o aumento da morbimortalidade materno-infantil. Desta forma, fica evidente que a assistência pré-natal adequada precoce, precisa e resolutiva gera resultados positivos na saúde materno-infantil. Neste contexto, ressalta-se a importância do incentivo de políticas de humanização do cuidado, ensino na formação de enfermeiras obstétricas, no intuito de capacitar profissionais aptos a compreender a dimensão humana do cuidado, participando ativamente nas transformações do cuidado materno e perinatal. Tal incentivo fundamenta-se na crença de que esses profissionais podem afetar positivamente os indicadores maternos e perinatais[32].

A atuação dos enfermeiros contribuirá para a realização de uma assistência pré-natal efetiva que repasse as informações necessárias e precisas sobre a gestação, que deve atuar no princípio de garantir o diagnóstico precoce dos riscos gestacionais, adoção dos sistemas de referência e contrarreferência, desenvolvimento de atividades educativas visando alcançar melhores resultados maternos e infantis.

CONCLUSÃO

Foi possível delinear as características maternas e avaliar os indicadores de saúde materno por meio do SINASC, no ano de 2012, em São Luís/MA, bem como avaliar os

indicadores de saúde relacionados à assistência pré-natal.

Foram analisadas as características socioeconômicas e assistenciais das mães, assim como os indicadores maternos de 2007 a 2012 de São Luís/MA. Dentre os indicadores maternos analisados, observou-se um aumento do parto cesáreo nos últimos seis anos, considerando-o como importante fator de risco para desenvolvimento de complicações materno-infantis. Tal constatação reflete a necessidade e importância da diminuição destes indicadores por meio do incentivo de políticas públicas de saúde e implementação de programas de saúde que incentivem o parto normal e humanizado, promovendo, consequentemente, a redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

Quanto ao acréscimo observado do indicador de parto prematuro nesses anos, há a necessidade de melhoria das intervenções na assistência pré-natal, bem como o aumento da cobertura pré-natal, do número de consultas pré-natais e de intervenções efetivas e precisas no pré-natal e parto para melhoria dos indicadores materno-infantis.

Nota-se a partir dos achados encontrados neste estudo que são necessários maiores esforços no âmbito da saúde pública através da adoção de ações e estratégias públicas de saúde voltadas à atenção materna e infantil para a melhoria dos indicadores de saúde.

AGRADECIMENTOS

Estudo realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA.

REFERÊNCIAS

1. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 9 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

2. Reis ZSN, Pereira AC, Correia RJC, Freitas JAS, Cabral ACV, Bernardes J. Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 Sept [cited 2015 Dec 10]; 33(9):234-39. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a03v33n9.pdf

3. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev Saúde Pública [Internet] 2003 [cited 2015 Dec 10];37(5):559-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17469.pdf

4. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avilla CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 May [cited 2015 Dec 10];61(3):349-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a12v61n3.pdf

5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Humanização no parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da saúde; 2002.

6. Organização Mundial de Saúde - OMS. Relatório Mundial de Saúde; 2010.

7. Departamento de informática do SUS-DATASUS [Internet]. Indicadores e Dados Básicos - IDB 2011 [cited 2013 July 06]. Available from: http//www.datasus.gov.br/idb.

8. Melo EC, Ribeiro ABG, Oliveira RR, Zurita RCM, Mathias TAF. Analysis of Maternal and Child Health Indicators in na Area at Paraná State, Brazil. Nur Res Pract [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 10];2013. Available from: http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/495178/

9. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JÁ, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das Norte e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 July [cited 2015 Dec 10];24(7):1609-18. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/16.pdf

10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008.

11. Assunção MJM, Gama SGN, Theme Filha MM. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2008 Jan [cited 2015 Dec 10];17(1):33-42. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n1/v17n1a04.pdf

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

13. Friche AAL, Caiaffa WT, Cesar CC, Goulart LMF, Almeida MCM. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos

diferenciais intra-urbanos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 Set [cited 2015 Dec 10];22(9):1955-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/20.pdf

14. Neto ETS, Alves KCG, Zorbal M, Lima RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 10];17(2):107-19. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. [Internet] Censo Demográfico 2010. [cited 2013 July 18]. Available from: http//www.ibge.gov.br/cidadesat

16. Rodrigues LS, Batista RFL, Sousa ACV, Cantanhede JG, Costa LC. Caracterização dos recém-nascidos pré-termos nascidos em São Luís – MA no período de 2006 a 2010: análise do SINASC. Cad Pesqui [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 10];19(3):97-106. Available from: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1153/911

17. Dumith SC, Domingues MR, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 10];46(2):327-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3380.pdf

18. Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, Cecatti JG. Assistência obstétrica e complicações graves da gestação na América Latina e Caribe: análise das informações obtidas a partir de inquéritos demográficos de saúde. Rev Panam de Salud Publica [Internet]. 2007 [cited 2015 Dec 10];21(6):396-401. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7854/08.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Predebon KM, Mathias TAF, Aidar T, Rodrigues AL. Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 10];26(8):1583-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/12.pdf

20. Quevedo MP, Lefevre F, Lopes CMC. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. Rev bras crescimento desenvolv hum [Internet]. 2006 [cited 2015 Dec 10];16(1):12-21. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/03.pdf

21. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev bras epidemiol [Internet]. 2003 [cited 2015 Dec 10];6(4):307-18. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v6n4/05.pdf

22. Benincasa BC, Walker C, Cioba C, Rosa CCS, Martins DE, Dias E, Kluck M. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 10];32(1):5-9. Available from: http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/24094/16455

23. Ottoni JLM, Leite MTS, Silva JPL, Paulino CV, Pires IFB, Rodrigues CAQ. Características epidemiológicas de adolescentes grávidas em uma estratégia de saúde da família, em Montes Claros – MG. Rev Atenção Primária Saúde [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 10];15(1):21-8. Available from: http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1036/587

24. Almeida MCC, Aquino EML. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 10];27(12):2386-2400. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/10.pdf

25. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2013.

26. Carvalho IS, Costa Júnior PB da, Macedo JBPO, Brito RS. Epidemiologic characterization of parturitions and births: anecological study based on an information system. J Nurs UFPE [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 10];8(3):616-23. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6472/pdf_6503

27. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Masako, Misago C. Research article Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 10];10(25):1-18. Available from: http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/27229.pdf

28. Cruz LA, Freitas LV, Barbosa RCM, Gomes LFS, Vasconcelos CMT. Infecção de ferida operatória após cesariana em hospital público de Fortaleza. Enfermaría Global [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 10];12(29):118-29. Available from:

http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/142771/143901

29. Bittencourt F, Vieira JB, Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. Cogitare enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 10];18(3):515-20. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/33565/21063

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN). Brasília; 2013.

31. Sampaio RMM, Pinto FJM, Sampaio JC. Fatores de risco associados à prematuridade em nascidos vivos no Estado do Ceará. Rev Baiana Saúde Pública [intenet]. 2012 [cited 2015 Dec 10];36(4):969-78. Available from: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/791/390

32. Merighi MAB, Gualda DMR. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para assistência ao parto. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2015 Dec 10];17(2):265-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_20.pdf

Submissão: 02/11/2015
Aceito: 06/11/2015
Publicado: 15/02/2016

Correspondência

Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes
Av. dos Portugueses, s/n
Complexo Pedagógico Paulo Freire
Campus Universitário do Bacanga
Bairro Itaqui-Bacanga
CEP 65085-580 — São Luís (MA), Brasil