

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS E DOS NASCIDOS VIVOS EM PALMEIRAS DE GOIÁS, GOIÁS, BRASIL

CHARACTERIZATION OF BIRTH AND LIVE BIRTH IN PALMEIRAS DE GOIÁS, GOIÁS, BRAZIL

RODRIGUES, Cleibe Martins de Lima ¹

TOBIAS, Gabriela Camargo ²

TEIXEIRA, Cristiane Chagas ³

1 - Especialista em Atenção Primária à Saúde pela Universidade Estadual de Goiás e Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cleibe-martins@hotmail.com

2 - Doutora em Epidemiologia pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP/UFG). Regional de Saúde Centro Sul. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Aparecida de Goiânia, GO, Brasil. E-mail: gabicamargo22@gmail.com

3 - Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia (GO), Brasil. Autora correspondente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia (GO), Brasil. Rua 227, Viela Q. 68, S / N - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, 74605-080. E-mail: cc-teixeira@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: caracterizar partos e nascidos vivos a partir de dados retirados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. **Método:** estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com dados de nascimentos no ano de 2016, no município de Palmeiras de Goiás, Goiás, Brasil. Os dados foram obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Resultados:** foram incluídos 391 nascimentos ocorridos no ano de 2016. Maiores frequências ocorreram entre mães com idade entre 20 a 24 anos (27,1%), seguidas das mães de 25 a 29 anos (24,3%) e das mais jovens com idade entre 15 a 19 anos (21,0%), prevalecendo a duração da gestação de 37 a 41 semanas (86,4%), com gravidez única (97,4%), em parto tipo cesáreo (81,3%), recém-nascidos do sexo feminino (50,4%), com raça/cor parda (62,1%), peso ao nascer entre 3000g a 3999g (67,5%), sem presença de anomalia no nascimento (93,6%), e com Apgar 1º minuto e 5º entre 8 e 10, com 88,2% e 98,2%, respectivamente. **Conclusão:** os dados deste estudo podem subsidiar políticas públicas no município para garantir atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal e que repercutam na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Nascimento Vivo; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to characterize births and live births from data collected from the Live Birth Information System. **Method:** descriptive study with a quantitative approach, with data on births in 2016, in the city of Palmeiras de Goiás, Goiás, Brazil. Data were obtained by the Informatics Department of the Unified Health System (DATASUS). **Results:** 391 births occurred in 2016 were included. Higher frequencies occurred among mothers aged 20 to 24 years (27.1%), followed by mothers aged 25 to 29 years (24.3%) and the youngest with aged between 15 and 19 years (21.0%), with a prevalence of gestation of 37 to 41 weeks (86.4%), with a single pregnancy (97.4%), in a cesarean delivery (81.3%) , female newborns (50.4%), with mixed race/color (62.1%), birth weight between 3000g and 3999g (67.5%), no abnormality at birth (93.6 %), and with Apgar 1st and 5th minutes between 8 and 10, with 88.2% and 98.2%, respectively. **Conclusion:** the data from this study can support public policies in the city to ensure comprehensive and quality care in the pregnancy-puerperal cycle and that have an impact on the improvement of maternal and child health indicators.

Keywords: Primary Health Care; Live Birth; Maternal and Child Health; Nursing.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da mulher no Brasil tem sido, ao longo do tempo, melhorada por meio de intervenções governamentais, objetivando maior qualidade no atendimento e na atenção primária à saúde do indivíduo, desde o pré-natal até o nascimento e no desenvolvimento da infância, juventude e idade madura, fechando um ciclo de assistência pública com qualidade.

A construção de aspectos de qualidade de saúde no que diz respeito à atenção pré-natal parte do princípio dado pelo Ministério da Saúde (MS) de acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal¹. Esse acompanhamento é oferecido de forma gratuita na rede pública de saúde, nas mais diferenciadas instâncias de atendimento.

Mais do que simplesmente receber e atender a mulher grávida para o pré-natal, o MS recomenda que é fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial².

A orientação do MS é que o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro². Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme cronograma pré-estabelecido, ou sob a orientação do médico conforme a necessidade da gestante. Até a 28^a semana de gestação as consultas serão feitas mensalmente; da 28^a até a 36^a semanas as consultas ocorrerão quinzenalmente; da 36^a até a 41^a semanas, as visitas ao médico serão feitas semanalmente¹. Por isso, o profissional, seja médico ou da área de enfermagem, desenvolve um relacionamento com a parturiente capaz de reconhecer suas emoções e mudanças de humor, podendo detectar mudanças que podem causar alterações no progresso da formação fetal e na própria saúde da mãe.

A consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois tem como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais às gestantes. É requerido do profissional, além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica³. Desta forma, o objetivo do estudo foi caracterizar partos e nascidos vivos de mães residentes no município de Palmeiras de Goiás, Goiás, no ano de 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de base populacional sobre os nascidos vivos no município de Palmeiras de Goiás, localizado no estado de Goiás, em território brasileiro.

O município está localizado na 13^a microrregião do estado de Goiás, com uma população de 23.338 pessoas contadas no último censo levantado no ano de 2010 (com dados atualizados em 2016, contando 26.855 habitantes), ocupando uma área de

1.539.692km². A cidade apresenta uma pirâmide etária com a prevalência de homens e mulheres entre 20 e 24 anos.

A população em estudo compreendeu todos os nascidos vivos no período estudado. Os dados sobre os nascidos vivos foram obtidos pelo DATASUS. Este departamento surgiu em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo Decreto n.º 100, de 16.04.1991, publicado no Diário Oficial da União (DOU), de 17/04/1991 e retificado conforme nova publicação em 19/04/1991. O DATASUS tem como responsabilidade prover os órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS) de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle⁵.

No estudo, foram incluídos dados sobre a idade, escolaridade e estado civil da mãe, local de ocorrência do nascimento do bebê e seu peso ao nascer. Foram, também, analisados os dados a respeito do Apgar do bebê, do 1º ao 5º minuto, levando em conta a presença de anomalia, sexo, raça/cor, tipo de parto, tipo de gravidez, número de consultas de pré-natal realizadas e duração da gestação. Os dados foram obtidos no sítio eletrônico e organizados em planilhas do programa *Microsoft® Excel* para posterior análise.

Este estudo foi realizado a partir da base de dados de fontes secundárias disponíveis para pesquisa pública, não sendo, portanto, submetido a nenhum Comitê de Ética. O estudo teve como fundamento as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos.

RESULTADOS

No ano de 2016 houve 391 nascidos vivos em Palmeiras de Goiás. Destes, conforme as características dos nascidos vivos apresentados na Tabela 1, a maioria foi de mães com idade entre 20 a 24 anos (27,1%), seguidas das mães de 25 a 29 anos (24,3%) e das mais

jovens com idade entre 15 a 19 anos (21,0%), prevalecendo a duração da gestação de 37 a 41 semanas (86,4%), com gravidez única (97,4%), em parto tipo cesáreo (81,3%). Os bebês nascidos apresentaram a maioria sendo do sexo feminino (50,4%), tendo o hospital (97,7%) como principal local de nascimento, com bebês de cor parda (62,1%) e com peso ao nascer entre 3000g a 3999g (67,5%), sem presença de anomalia no nascimento (93,6%), com Apgar 1º minuto e 5º entre 8 e 10, com 88,2% e 98,2%, respectivamente.

Tabela 1 - Caracterização dos nascidos vivos em Palmeiras de Goiás, GO, Brasil, no ano de 2016.

VARIÁVEIS	QUANTIDADE	%
IDADE DA MÃE		
10 a 14 anos	4	1,0
15 a 19 anos	82	21,0
20 a 24 anos	106	27,1
25 a 29 anos	95	24,3
30 a 34 anos	79	20,2
35 a 39 anos	21	5,4
40 a 44 anos	03	0,5
45 a 49 anos	01	0,3
LOCAL DE NASCIMENTO		
Hospital	382	97,7
Outro Estabelecimento de Saúde	8	2,0
Domicílio	1	0,3
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO		
De 22 a 27 semanas	2	0,6
De 28 a 31 semanas	4	1,0
De 32 a 36 semanas	25	6,4
De 37 a 41 semanas	338	86,4
42 semanas ou mais	18	4,6
TIPO DE GRAVIDEZ		
Única	381	97,4
Dupla	10	2,6
TIPO DE PARTO		
Vaginal	73	18,7
Cesário	318	81,3
SEXO DO BEBÊ		
Masculino	193	49,4
Feminino	197	50,4
Ignorado	01	0,3
COR/RAÇA		
Branca	80	20,5
Preta	26	6,6
Amarela	07	1,8
Parda	243	62,1

Ignorado	35	9,0
PESO AO NASCER		
Menos de 500g	1	0,3
500 a 999g	1	0,3
1000 a 1499 g	9	2,3
1500 a 2499 g	25	6,4
2500 a 2999 g	66	16,9
3000 a 3999 g	264	67,5
4000g e mais	25	6,4
ANOMALIA CONGÊNITA		
Sim	03	0,8
Não	366	93,6
Ignorado	22	5,6
APGAR 1º MINUTO		
0 a 2	02	0,5
3 a 5	11	2,8
6 a 7	33	8,4
8 a 10	345	88,2
APGAR 5º MINUTO		
0 a 2	2	0,5
3 a 5	0	0,0
6 a 7	05	1,3
8 a 10	384	98,2
TOTAL	391	100,0

Fonte: DATASUS⁵.

Em relação ao número de consultas pré-natal, a maioria das mães realizou entre 7 ou mais consultas (69,3%), seguida daquelas que realizaram entre 4 a 6 consultas (24,0%). As demais realizaram entre 1 a 3 consultas (2,6%) ou não realizaram nenhuma (3,8%). Em relação à escolaridade, a maioria das mães possuía de 8 a 11 anos de escolaridade (65%), seguida de 12 anos ou mais (19,9%). Com relação ao estado civil das mães dos nascidos vivos 125 (32%) eram solteiras, 165 (42,2%) casadas, 01 (0,23%) era viúva, 5 (1,3%) eram separadas judicialmente, 85 (21,7%) mantinham união consensual e 10 (2,6%) declararam estado civil como ignorado.

DISCUSSÃO

1. Idade da parturiente

Uma tendência entre as famílias é o adiamento da maternidade como um fenômeno mundial; nos últimos 30 anos, embora os índices de nascimentos estejam decrescendo, a

média de idade materna aumenta progressivamente⁶. Por esta afirmativa pode-se observar que, no município de Palmeiras de Goiás, no ano de 2016, essa tendência não prevalece, pois das mulheres com maior idade, somente uma engravidou e pariu.

Talvez a idade não seja um fator determinante para que a mulher engravide. O que pode acontecer é que, após a juventude as mulheres se sintam mais seguras para engravidar, porque conquistam uma maior estabilidade financeira e emocional.

Um estudo, entretanto, se destaca afirmando que a idade por si só pode não se constituir em fator de risco, pois o controle durante o período pré-natal e a adequada assistência no trabalho de parto, e o próprio parto, condicionam prognósticos maternos e perinatais semelhantes aos das gestantes mais jovens, esperando-se resultados positivos dessas gestações¹.

Este estudo apresentou um número considerável de grávidas com idade entre 10 e 19 anos de idade, representando a soma de 22%, totalizando 86 mães nessa faixa etária. Isso chama a atenção porque a adolescência é um período importante para o desenvolvimento da mulher. É nesse período que a sexualidade se manifesta em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desconhecidos desejos e na busca de relacionamento interpessoal, ocasionados pelas alterações hormonais da puberdade, sendo foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos⁷. O número de mães adolescentes listados nessa pesquisa pode ser consequência dessa busca de autoconhecimento através do contato com outras pessoas, tão comum na adolescência.

Neste contexto, o processo do parto e nascimento exige atenção do profissional, acolhimento à cliente, formação de vínculo e habilidade de comunicação, características que poderão resultar em um parto menos traumático e doloroso, independentemente da via, e assim favorecer o vínculo entre a mãe e o recém-nascido mesmo nas situações diversas⁸. Diante disso, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde no

desempenho de seus papéis de referenciar e informar sobre os cuidados antes e durante o pré-natal, acrescidos dos cuidados com o recém-nascido, fazendo o levantamento da história clínica da gestante, visando ao melhor desenvolvimento da criança⁹.

2. Local de nascimento dos bebês

Quanto ao local de nascimento, prevaleceu o parto realizado em hospital (97,7%), seguido em outro estabelecimento de saúde (2,0%) e parto realizado em domicílio (0,3%).

Antigamente, no Brasil, era comum que as mulheres dessem à luz em suas próprias residências, tendo a assistência de uma parteira, ou mesmo de um parente próximo, isto representava taxas de mortalidade dos bebês e das mães. Na tentativa de minorar essas taxas, os partos foram direcionados aos hospitais a partir da metade do século XX, como um evento médico, que precisava ocorrer em um hospital cercado de procedimentos e tecnologias¹⁰.

No Brasil, a segurança do parto domiciliar veio à tona em agosto de 2012, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou recomendação para que os partos sejam realizados em ambiente hospitalar, por ser mais seguro. O CFM destaca que pesquisas apontam uma taxa de morte de recém-nascidos em partos domiciliares planejados de 0,2%, número duas vezes maior que o de partos em hospitais (0,09%)¹⁰.

É comum que as pessoas julguem que no hospital a mulher receberá maior assistência durante o parto, pois no ambiente hospitalar há formas de socorrer a mãe e o recém-nascido, caso seja necessário. Em alguns casos, isso é verdade, mas em outras situações, principalmente naquelas em que a parturiente apresenta condições de saúde que permita o parto humanizado, seria uma opção dar à luz em casa com o acompanhamento de um profissional de enfermagem especializada (regulamentação do conselho), para garantir a saúde e a calma para os envolvidos no processo. Porque, se por um lado o hospital

oferece segurança, em caso de risco para o bebê e para a mãe, também há que se levar em conta a possibilidade de um ambiente mais contaminado por bactérias¹⁻³.

3. Duração da gestação

O acompanhamento pré-natal é fator determinante para que a equipe de saúde possa realizar a contagem do período gestacional. O cálculo da idade gestacional é feito através da narrativa da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último período menstrual referido pela mulher⁷. Existe, ainda, a possibilidade de calcular a duração gestacional quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu. Se a data da última menstruação for indeterminada, então, a provável data do parto será calculada por aproximação, pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal⁷.

Tendo como base uma gestação saudável e normal, com duração de 37 a 41 semanas, o município de Palmeiras de Goiás apresenta 86,4% dos padrões de normalidade nesse quesito. Uma hipótese para a prevalência dessa normalidade é que a assistência médica e de enfermagem na rede pública da cidade mostra-se eficiente.

A gestação com duração de 32 a 36 semanas, representando 6,4% do escopo levantado. Nesse período, não há riscos para a mãe nem para o bebê, principalmente se houver um acompanhamento pré-natal desde as primeiras semanas.

Em relação as gestações com duração de 22 a 27 semanas (0,6%) da pesquisa, o parto caracteriza-se como prematuro, oferecendo grande risco para a vida do bebê. Se isso acontecer, o impacto do atendimento dado no pré-natal pode refletir positivamente ou negativamente, pois que irá mostrar a qualificação da equipe.

No município de Palmeiras de Goiás, não possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e nem neonatal. Caso aconteça alguma emergência, o recém-nascido é encaminhado à Goiânia, capital do estado de Goiás, para os socorros necessários. Assim

sendo, o atendimento preventivo é capaz de salvar vidas. A prevenção acontece no acompanhamento integral oferecido à mulher, de forma gratuita nos órgãos públicos de saúde.

4. Tipo de gravidez

O presente estudo apresentou a prevalência de gravidez com feto único em um total de 381, representando 97,4%. Essa é a forma mais comum de gravidez, sendo a gestação dupla mais rara, mas possível, acontecendo por hereditariedade ou por fertilizações. Há uma grande diferença entre as chances de uma gravidez múltipla por hereditariedade e por fertilizações. A incidência natural de gravidez múltipla é de 1/90 (1 para cada 90 gestações) e é mais frequente na raça negra¹¹.

Por esta informação, Palmeiras de Goiás está abaixo das previsões para gravidez dupla, pois representa 2,6% do tipo de gravidez no município. Nesse caso, há uma relação "peso do bebê ao nascer", em que 67,5% dos bebês apresentaram peso maior que 3000 g; e também está relacionado ao item "duração da gestação", em que 86,4% das gestações estiveram no índice da normalidade, transcorrendo entre 37 a 41 semanas.

5. Tipo de parto

A atenção pré-natal é de suma importância para a hora do parto. Deve ser qualificada e humanizada, por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias e de fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco⁷. Através do acompanhamento da gestante a equipe poderá conhecer as condições e, assim, orientar melhor sobre os tipos de parto e o que será melhor para cada mulher.

No referido estudo no município a quantidade de partos por cesariana representou, em 2016, 81,3%, de um total de 318 partos, enquanto que o parto vaginal aconteceu 73 vezes, representando 18,7%. Sobre o tipo de parto, há uma discussão sobre a mulher

escolher pelo parto vaginal/natural/normal ou pelo parto por cirurgia cesariana. As informações a respeito do assunto dão conta de que o Brasil acompanha uma tendência mundial de partos através de cesariana, isto porque a assistência ao parto tem sido crescentemente marcada por intervenções técnicas e tecnológicas e ampla utilização da cirurgia cesariana como forma de nascer¹².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que índices superiores a 15% de cesarianas seriam difíceis de justificar do ponto de vista médico, devido à dificuldade de elementos fáticos e clínicos¹³. Por essa afirmativa percebe-se que o município de Palmeiras de Goiás encontra-se em alerta, no que se refere ao índice estabelecido pela OMS. As razões para este alto índice não foram elencadas neste estudo.

Apesar do MS incentivar e criar políticas para o parto vaginal, argumentando que a recuperação é mais rápida no puerpério e que o bebê pode desfrutar mais da companhia da mãe, ainda há maior opção por partos cesáreos, o que corrobora com os dados desse estudo. Prova disso é que, em Palmeiras de Goiás, um município pequeno, a prevalência por este tipo de parto é muito grande em relação à opção pelo parto vaginal. Sabemos que a diminuição nas taxas de cesarianas não ocorrerá de forma abrupta, pois para a escolha da via de parto, a gestante deve estar ciente dos riscos à sua saúde e à do seu filho, além de considerar os benefícios e os danos de ordem psicológica, especialmente, quando o tipo de parto realizado é diferente do desejado.

Diante disso, é fundamental que para redução das altas taxas de cesárias também sejam contempladas intervenções associadas à compreensão das crenças das gestantes, das expectativas quanto ao parto, do medo de sentir dor e da qualidade dos cuidados. E para isso são necessárias políticas públicas que incentivem práticas menos invasivas para a atenção do parto e nascimento, uso restrito da episiotomia, práticas que aumentem a satisfação da mulher, auditoria e controle das indicações de cesarianas, apoio dos centros de parto intra-hospitalares e inserção da enfermagem obstétrica nas equipes de plantão, considerando o impacto positivo de sua atuação na qualidade da atenção^{12,14}.

6. Peso ao nascer

O peso do bebê está relacionado à qualidade de vida da mãe durante a gravidez. É sabido que os cuidados com a saúde básica da gestante a direciona para um cuidado no que diz respeito à sua alimentação⁷. Os pesquisadores da área atentam para isso e defendem que um aporte inadequado de nutrientes nesse período pode limitar a disponibilidade desses, que são essenciais para o desenvolvimento fetal adequado, uma vez que há uma competição biológica por nutrientes entre a mãe e o feto¹⁵.

Pensando nos padrões estabelecidos como normais ou ideais para o peso do bebê ao nascer, as mães devem ser orientadas a atentarem para seus hábitos alimentares tornando-os mais saudáveis, para que o bebê receba os nutrientes de forma equilibrada sem causar prejuízos nutricionais à mãe, mas também que não haja exageros alimentares, provocando peso excessivo à mãe e, conseqüentemente, causando doenças que resultem em perigo de vida para mãe e filho.

O peso normal de um recém-nascido está entre 2.500 g e os 3.800 g a 4.000 g, segundo a idade gestacional correspondente¹³. Assim sendo, os bebês nascidos vivos no município apresentam peso dentro do esperado, pois 67,5% dos bebês nasceram com peso entre 3.000 g a 3.999 g; seguidos de 16,9% dos bebês que nasceram com peso entre 2.500 g a 2.999 g. Esses números elevam a expectativa de que os bebês nasceram saudáveis e com padrões de normalidade satisfatórios.

Outro fator a ser comentado nesse item é que os bebês nascidos com peso entre menos de 500 g e 2.499 g foram 36, representando 9,3% para os nascidos vivos em um ano. O número é alto para bebês com baixo peso, mas a assistência eficiente de uma equipe de saúde pode efetuar ações que conduzam esses bebês a um crescimento satisfatório, como requer o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM n.º 569, de 01/06/2000¹³, e baseado nas

análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

O Programa estabelece objetivos específicos de concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstetrícia e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes⁷.

7. Anomalia congênita

Entende-se por anomalias congênitas qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário pode resultar em anomalias congênitas, que podem variar desde pequenas assimetrias até defeitos com maiores comprometimentos estéticos ou funcionais¹⁶⁻²³.

Em relação a anomalia congênita, os resultados deste estudo mostram que 366 recém-nascidos não apresentaram anomalia congênita, 3 apresentaram e para 22 essa informação foi preenchida em branco/ignorada. A identificação e diagnóstico de anomalia congênita é importante para orientar as ações de assistência para o seguimento oportuno de crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento, de modo integral⁹. Entretanto, esse grande número de informações ignoradas aponta que é preciso fortalecer a assistência pré-natal e hospitalar por meio da capacitação dos profissionais envolvidos, da conscientização da equipe sobre a necessidade e importância de preenchimento correto das declarações de nascidos vivos para retratar a realidade do município.

8. Apgar 1º minuto e Apgar 5º minuto

O teste Apgar avalia a vitalidade do recém-nascido e é reconhecido como um método fácil e confiável para determinar os primeiros cuidados com o bebê. É realizado no primeiro e no quinto minuto de vida da criança e baseia-se em cinco critérios de avaliação: de frequência cardíaca, de respiração, de tônus muscular, de prontidão reflexa e de cor da pele, em que cada item recebe a nota de 0 a 10, que somados devem totalizar 10 pontos¹⁸⁻²³ para indicar a saúde integral do recém-nascido.

A nota ideal para detectar que o recém-nascido esteja saudável deve ter resultado de Apgar entre 8 e 10 pontos. Isso significa que os bebês tiveram uma boa adaptação ao parto e não passaram por asfixia. Os resultados que apresentem soma de 6 a 7 apontam que o recém-nascido passou por uma asfixia leve e transitória. Os recém-nascidos que obtiveram soma de 3 a 5 passaram por uma asfixia moderada e os que apresentaram resultado entre 0 a 3 asfixia grave ao nascer.

Esses dados apontam para uma boa qualidade dos nascimentos no município e, por extensão, pode-se afirmar que a assistência à saúde da mulher e os atendimentos pré-natais feitos por equipe de médicos e enfermeiros surtiram os efeitos esperados pelas recomendações do MS, que orienta que o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento⁷.

O Apgar de 5º minuto também apresentou valores satisfatórios no município, sendo que 384 recém-nascidos tiveram notas de 8 a 10, seguidos de 5 recém-nascidos com notas entre 6 a 7 e dois com avaliação resultante de 0 a 2. A nota intermediária de 3 a 5 não teve índice zero nesta avaliação. A prevalência de recém-nascidos com avaliação positiva em Apgar de 5º minuto apresenta um índice de aprovação para o atendimento na primeira semana de saúde integral do recém-nascido e da mãe.

No município de Palmeiras de Goiás nasceram 193 bebês do sexo masculino e 197 bebês do sexo feminino e o relato de 1 bebê com a sexagem ignorada. Desses bebês, 80 eram de cor branca, 26 de cor negra, 7 de cor amarela, 243 de cor parda e 35 não tiveram a sua cor relatada.

As informações a respeito do sexo do bebê e da sua cor e/ou raça ao nascer não oferecem grandes discussões nesta pesquisa, porque indiferente do sexo e da cor, ou da raça, o atendimento ao recém-nascido e à sua mãe e, por conseguinte à sua família, deve ser integral, humanizado, interessado e orientador. Esse atendimento em nível de atenção básica deve estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal⁷.

9. Número de consultas pré-natal

De acordo com o MS, nos protocolos da atenção básica, o número de consultas de pré-natal é de no mínimo 6 consultas médicas e de enfermagem, intercaladas, sendo mensais até a 28^a semana, quinzenais da 28^a até a 36^a semana e semanais da 36^a até a 41^a semana². O município está com uma média de 69,3% de 7 ou mais consultas de pré-natal, tornando o atendimento da atenção básica eficaz, seguindo os patamares estabelecidos pelo MS.²

Como este item é fator de avaliação da qualidade dos programas de atenção básica à saúde oferecidos pelo Governo, os dados colhidos no município de Palmeiras de Goiás mostram-se satisfatórios, com acompanhamento pré-natal totalizando 271 atendimentos, com 7 ou mais consultas realizadas, porque a OMS recomenda que a gestante realize 8 consultas pré-natais². Isso porque essa frequência possibilita o conhecimento clínico da mãe e do feto, mas também uma aproximação da equipe médica e dos profissionais da enfermagem para o auxílio no reconhecimento das modificações físicas, emocionais e psicológicas da mulher grávida, nas orientações nutricionais para a gestante, nos

cuidados com a vacinação, na preparação para o aleitamento, no próprio convívio com os familiares e com os relacionamentos sociais.

Das parturientes do município, no ano de 2016, 3,8% deixaram de realizar as consultas pré-natais. Essa quantidade de 3,8% significa que algumas cidadãs não receberam a assistência a que têm direito, sem o acolhimento necessário para que houvesse um desenvolvimento assistido para o alcance da idade segura para o crescimento do bebê e para o bem-estar da mãe.

10. Escolaridade da mãe

Em relação à escolaridade, a maioria das mães possuía de 8 a 11 anos de escolaridade (65%), seguida de 12 anos ou mais (19,9%) de escolaridade. Presume-se que as mães mais instruídas busquem mais a assistência à saúde, mas isso pode acontecer em hospitais particulares. A prática da enfermagem na rede pública municipal aponta que as mulheres com menor grau de escolaridade buscam os postos de saúde municipais, os órgãos ligados ao SUS para a realização das consultas pré-natais, para o atendimento no puerpério e também na continuidade da saúde delas mesmas e dos membros de suas famílias.

A longitudinalidade do cuidado à gestante pressupõe responsabilização entre profissionais de saúde e a paciente, acompanhando os resultados das intervenções em saúde, adaptando condutas quando necessário, preservando as referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado, por isso, é importante ressaltar que a escolaridade materna impacta na assistência prestada pela equipe de saúde, visto que é preciso realizar orientações às gestantes conforme o seu nível de instrução para que haja compreensão das recomendações fornecidas e conseqüentemente, qualidade da assistência à saúde⁹.

11. Estado civil

Por ser um período de adaptação fisiológica, a gravidez aponta para momentos de muita sensibilidade e de busca de compreensão. É possível observar que a gravidez em mulheres casadas apresenta uma pequena maioria sobre a gravidez em mulheres solteiras, em relação à gravidez em mulheres com união consensual. Mas, certamente, isso não faz diferença para que o atendimento seja dado com eficiência e com interesse.

É cada vez mais frequente a participação do pai do bebê no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto⁷. A presença do pai é importante para a realização das consultas pré-natais e para o momento do parto. Não que os pais sejam, necessariamente, casados, mas que a mulher receba a acolhida e a cobertura emocional para o bom desenvolvimento do bebê e dela mesma diante das novas expectativas relacionadas à criação de filhos.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar que os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde apresentaram-se como instrumento disponível para a caracterização da população materno-infantil em nível local. Apesar dos avanços na cobertura e qualidade dos sistemas de informação de nascimentos ocorridos nas últimas décadas, os resultados deste trabalho reforçam a existência de limitações. Uma limitação deste estudo foi a utilização de dados secundários públicos disponíveis no SINASC, com ausência de preenchimento de algumas informações na declaração de nascidos vivos impactando na completude das variáveis. Sugere-se o treinamento dos responsáveis pelo preenchimento e processamento da Declaração de Nascido Vivo.

Em conclusão, os resultados deste estudo apresentam o perfil epidemiológico dos partos e recém-nascidos do município de Palmeiras de Goiás que podem subsidiar políticas públicas para garantir atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal e que repercutam na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: MS; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Básica: Saúde das Mulheres. MS. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: MS; 2016.
3. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):387-92.
4. IBGE. Cidades. www.ibge.gov.br [Internet]. Acesso em 10 de maio de 2018.
5. DATASUS. www.datasus.gov.br [Internet]. Acesso em 5 abril de 2018.
6. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SSRK, Cancela FZV. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):509-18.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAE. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: MS; 2005.
8. Manzo BF, Costa ACL, Silva MD, Jardim DMB, Costa LO. Separação inevitável do binômio mãe-bebê no pós-parto imediato na perspectiva materna *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2018;18(3):509-515.
9. Reis LC, Barbian MH, Cardoso-dos-Santos AC, de Lima Silva EV, Boquett JÁ, Schuler-Faccini L. Prevalências ao nascimento de anomalias congênitas entre nascidos vivos no estado do Maranhão de 2001 a 2016: análise temporal e espacial. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(Supl1):E210020.
10. Fernandes T. Em casa ou no hospital? *Revista Ciência Hoje.* Instituto Ciência Hoje. WEB séries: por um parto seguro; 2013 [Internet] [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: www.cienciahoje.org.br
11. Dabus PRF. Gestações múltiplas: quais as chances dela ocorrer? *Revista Guia do Bebê.* 2017 [Internet] [acesso em 2018 mai 11]. Disponível em: www.guiadobebê.com.br
12. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25:48-53.
13. Rodrigues JCT, Almeida IESR, Neto AGO, Moreira TA. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Rev Multitexto.* 2016;4(1).

14. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2018;21:e180010. [http:// dx.doi.org/10.1590/1980-549720180010](http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180010)
15. Tourinho AB, Reis LBSM. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. *Com. Ciências Saúde*. 2013;22(4):19-30.
16. Medina V. O peso do bebê ao nascer. Percentual de peso e de tamanho do bebê recém-nascido. *Rev Guia Infantil*; 2014.
17. Melo WA, Zurita RCM, Uchimura TT, Marcon SS. Anomalias Congênitas: fatores associados à idade materna em município sul brasileiro, 2000 a 2007. *Rev Eletr Enfermagem*. 2010;12(1):73-82.
18. Berbet S. Teste de Apgar: o que é? *Rev Crescer*. 2015;1(5):58-61.
19. Araújo SM, Silva MED, Moraes RC, Alves DS. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. *Veredas FAVIP*. 2010;3(2):61-67.
20. Caetano LC, Neto L, Manduca JNL. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. *Reme*. 2011;15(4):579-87.
21. Dias RA. A importância do pré-natal na atenção básica. Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Univ Fed de MG; 2014.
22. Ermel AC, Grave MTQ. O índice de apgar em bebês recém-nascidos em um hospital de pequeno porte de um município do Vale do Paranhana. *Rev Destaques Acadêmicos*. 2011;CCBS/UNIVATES:07-17.
23. Franklin JS, Bittar CM. A humanização do parto. Relatos de puérperas que tiveram parto normal em um hospital privado no município de Franca. *Rev Investigação Ciências da Saúde*. 2015;14(2):139-148.