

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online


 ISSN 2175-5361
 DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo

The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo

Perfil obstétrico y neonatal de madres atendidas en maternidades en São Paulo

Jaqueline de Oliveira Santos¹, Tuane Soares Pacheco², Priscila Silva de Oliveira³, Vania Lopes Pinto⁴, Maria Cristina Gabrielloni⁵, Marcia Barbieri⁶

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and obstetric profile of postpartum women in São Paulo, to check the perinatal data and to identify the type of delivery. **Method:** A descriptive, cross-sectional study involving 424 postpartum women. Data was collected through structured interviews and medical records. We used descriptive statistics for analysis. **Results:** There was a predominance of women between 21 and 30 years (60.6%), mulatto (55.2%), high school education (65.8%), without payment (57.3%), with a partner (85.4%), primiparous (34.9%) and without previous abortion (78.8%). The vaginal delivery was performed in 58.3% of women. Most newborns were male (52.2%), with appropriate weight and height (89.5% and 80.7%), and na Apgar score between eight and ten in the first minutes of life (> 90.0%). **Conclusion:** There was a predominance of women with little education and unfavorable financial conditions, factors that hinder access to health services, contributing to increased maternal and neonatal morbidity and mortality. **Descriptors:** Women, Health profile, Health postpartum period.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas atendidas em São Paulo, verificar os dados perinatais e identificar o tipo de parto realizado. **Método:** Estudo descritivo, transversal, realizado com 424 puérperas. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada e dos prontuários. Utilizou-se a estatística descritiva para a análise. **Resultados:** Constatou-se predomínio de mulheres entre 21 e 30 anos (60,6%), cor parda (55,2%), ensino médio (65,8%), sem remuneração (57,3%), com companheiro (85,4%), primíparas (34,9%) e sem aborto anterior (78,8%). O parto normal foi realizado em 58,3% das mulheres. A maioria dos recém-nascidos era do sexo masculino (52,2%), com peso e estatura adequados (89,5% e 80,7%), e Apgar entre oito e dez nos primeiros minutos de vida (>90,0%). **Conclusão:** Houve predomínio de mulheres com pouca escolaridade e condições financeiras desfavoráveis, fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna e neonatal. **Descritores:** Saúde da mulher, Perfil de saúde, Período pós-parto.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de mujeres recién paridas en São Paulo, comprobar los datos perinatales e identificar el tipo de parto. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, que involucra 424 mujeres en el posparto. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas estructuradas y registros médicos. Se utilizó estadística descriptiva para analizar. **Resultados:** Hubo un predominio de las mujeres entre 21 y 30 años (60,6%), mulatos (55,2%), de la escuela secundaria (65,8%), sin pago (57,3%), con un compañero (85,4%), primíparas (34,9%) y sin aborto anterior (78,8%). El parto vaginal se realizó en el 58,3% de las mujeres. La mayoría de los recién nacidos eran varones (52,2%), con peso y la altura adecuado (89,5% y 80,7%), y la puntuación de Apgar entre ocho y diez en los primeros minutos de vida (> 90,0%). **Conclusión:** Se observó un predominio de mujeres con poca educación y las condiciones financieras desfavorables, factores que dificultan el acceso a los servicios de salud, contribuyendo al aumento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. **Descriptor:** Mujeres, Perfil de salud, Período posparto.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Paulista. São Paulo (SP). E-mail: jaqueoliveira1@hotmail.com. ²Enfermeira. Graduada pela Universidade Paulista. São Paulo (SP). E-mail: tuane_tuty@hotmail.com. ³Enfermeira. Graduada pela Universidade Paulista. São Paulo (SP). E-mail: priscila_mazieri@yahoo.com.br. ⁴Técnico Administrativo em Educação do Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo (SP). E-mail: vania.lopes@unifesp.br. ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo (SP). E-mail: crisgabrielloni@unifesp.br. ⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo (SP). E-mail: mbarbieri@unifesp.br.

INTRODUÇÃO

O Censo Demográfico de 2010, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou para uma tendência histórica de predominância da população feminina no Brasil, indicando uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres nos dias atuais, como resultado de um excedente de quase 4 milhões de mulheres. Estima-se que em 2050 esse número excedente seja de 7 milhões quando comparada a população masculina.¹

Considerando-se o volume populacional e as especificidades e necessidades da população feminina, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) visando a melhoria das políticas de saúde da mulher no Brasil, consolidando avanços no campo dos direitos reprodutivos e sexuais, na atenção obstétrica, no planejamento familiar, no combate à violência contra a mulher, na atenção ao abortamento inseguro, na prevenção e tratamento dos cânceres ginecológicos e das doenças sexualmente transmissíveis, assim como das doenças crônicas não transmissíveis.²

Com a implementação da PNAISM houve uma melhoria nos indicadores de saúde da mulher, como a redução da mortalidade materna, que constitui um indicador sensível da qualidade de vida da população. De acordo com o Ministério da Saúde, entre 1990 e 2010, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) reduziu de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, representando uma queda de 51%.²

Contudo, a assistência ao parto no Brasil é caracterizada predominantemente pela hospitalização e pelo intervencionismo, o que se traduz em elevadas taxas de cesarianas, representando 44% de todos os partos assistidos no país e ultrapassando 80% no sistema de saúde privado e suplementar³, enquanto a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de 15%. De acordo com o Ministério da Saúde, a realização do parto cesáreo no país aumentou de 38,0% em 2000 para 52,3% em 2010.²

Comparada às taxas mundiais, observa-se no setor suplementar de saúde, o número de cesarianas realizadas no Brasil é superior a diversos países, como os Estados Unidos, Portugal, Austrália (30%), Itália, México (33%) e Eslováquia, Noruega e Suécia (14-18%).⁴

O modelo de atenção ao parto e nascimento é um fator determinante para os indicadores de saúde de uma população.⁴ Desse modo, acompanhar a tendência e as características da assistência obstétrica nos municípios e nas instituições de saúde brasileiras é importante para o direcionamento das principais demandas requeridas pelo setor saúde. Características maternas como a idade, a escolaridade, a ocupação e a situação conjugal e neonatais, tais como o peso e a duração da gestação, assim como do tipo de parto influenciam nas condições de saúde materno-infantil.²

Considera-se importante também identificar as condições maternas e neonatais nos nascimentos ocorridos nas instituições de saúde para um adequado planejamento da atenção à saúde dessa população específica visando à redução da morbimortalidade e a melhoria na qualidade da assistência dessa população.

Nesse sentido, os objetivos desse estudo foram descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas atendidas em maternidades da cidade de São Paulo (SP), verificar os dados perinatais e identificar o tipo de parto realizado com maior frequência nas maternidades estudadas.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em duas maternidades da rede pública de saúde do município de São Paulo (SP). As referidas instituições oferecem assistência à saúde da mulher durante o processo de parturição, assistido por médicos no centro obstétrico, e durante o período puerperal, no qual as puérperas permanecem internadas na Unidade de Alojamento Conjunto, em média, por 48 horas após o parto.

A população foi constituída pelas puérperas assistidas nas referidas maternidades no período de setembro a dezembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, bom estado geral, capacidade cognitiva e auditiva preservadas, com até 48 horas pós-parto, e em internação no Alojamento Conjunto (AC) nas instituições selecionadas para o estudo. Foram excluídas as mulheres que tiveram complicações durante o parto ou puerpério e as que se negaram a participar da pesquisa. A amostra foi composta por 424 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão, sendo definida por conveniência, conforme a disponibilidade destas em participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu após a prévia autorização das maternidades e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista, sob o número 75.280/2012.

Inicialmente, as puérperas foram abordadas por um dos pesquisadores no seu próprio quarto do AC e, então, foram convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecidas sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como, do caráter voluntário de sua participação e da garantia do seu anonimato. Após a concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista e a análise de prontuário foram utilizadas como métodos para a coleta de dados. Aplicou-se um formulário estruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, para a obtenção de informações referentes ao perfil sociodemográfico (idade, cor da pele, escolaridade, atividade laboral remunerada e estado marital) e ao perfil obstétrico da puérpera (história obstétrica, evolução da gestação atual, idade gestacional, número de consultas de pré-natal realizadas, prática de atividade física na gestação atual e tipo de parto). Os dados contidos no prontuário foram utilizados para a complementação das informações fornecidas pelas mulheres e para coleta dos dados relacionadas ao perfil do recém-nascido (peso, estatura, sexo e Apgar no primeiro e quinto minutos de vida).

As informações obtidas foram armazenadas no software aplicativo Microsoft Excel®. A análise estatística descritiva foi realizada empregando-se o programa SPSS, versão 17.0, calculando-se as frequências absolutas e relativas para todas variáveis estudadas. Para

comparar o tipo de parto com as variáveis maternas de interesse (idade, escolaridade, ocupação, idade gestacional atual, número de consultas pré-natal anteriores e tipo de parto anterior), foi utilizado o Teste Quadrado e, quando necessário, o teste da Razão de Verossimilhança. Foi utilizado um nível de significância de 5% (p -valor < 0,05).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 424 puérperas atendidas no alojamento conjunto das unidades de saúde estudadas. A média de idade encontrada foi igual a 26,4±5,91 anos, da cor parda (55,2%), com ensino médio (65,8%), sem atividade laboral remunerada (57,3%) e com companheiro com co-habitação (84,2%), conforme apresentado nos dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das puérperas. São Paulo (SP), 2012

Variáveis	n° (f)	%
Faixa etária (anos)		
18 a 20	71	16,7
21 a 25	149	35,1
26 a 30	108	25,5
31 a 35	59	13,9
≥ 36	37	8,8
Cor da pele		
Parda	234	55,2
Branca	144	34,0
Negra	37	8,7
Indígena	5	1,2
Amarela	4	0,9
Escolaridade*		
Analfabeta	1	0,2
Ensino fundamental	117	27,6
Ensino médio	279	65,8
Ensino superior	19	4,5
Atividade laboral remunerada		
Não	243	57,3
Sim	181	42,7
Estado marital		
Com companheiro	362	85,4
Com co-habitação	357	84,2
Sem co-habitação	5	1,2
Sem companheiro	62	14,6
Total	424	100

*Inclui ensino completo e incompleto.

Com relação à história obstétrica das puérperas (Tabela 2), considerando a gestação e o parto atual, constatou-se que 30,4% das mulheres eram primigestas, 34,9% tiveram o

primeiro parto no período da coleta de dados e 78,8% não referiram histórico de abortamento.

Tabela 2 - Distribuição das puérperas de acordo com a história obstétrica. São Paulo (SP), 2012

Variáveis	n° (f)	%
Número de gestações		
Primeira	129	30,4
Segunda	119	28,1
Terceira ou mais	176	41,5
Número de partos		
Primeiro	148	34,9
Segundo	131	30,9
Terceiro ou mais	145	34,2
Abortamentos anteriores		
Nenhum	334	78,8
Um	72	17,0
Dois	12	2,8
Três ou mais	6	1,4
Total	424	100

Por meio da análise dos dados apresentados na Tabela 3, verificou-se que 98,3% das mulheres fizeram acompanhamento pré-natal durante a gestação atual, 68,6% realizaram mais que seis consultas e 93,6% dos partos ocorreram entre 37 e 41 semanas de idade gestacional (a termo). O parto realizado com maior frequência foi o normal (58,3%). Dentre as primigestas, 55,8% (72) tiveram parto normal e 44,2% (57) foram submetidas à cesárea.

Tabela 3 - Dados obstétricos da gestação e do parto atual das puérperas. São Paulo (SP), 2012

Variáveis	n° (f)	%
Consulta de pré-natal		
Sim	417	98,3
Não	7	1,7
Número de consultas no pré-natal		
Nenhuma	7	1,7
1 a 3	19	4,5
4 a 6	107	25,2
> 6	291	68,6
Idade gestacional		
Pré-termo	26	6,1
Termo	397	93,6
Pós-termo	1	0,2
Tipo de parto		
Normal	247	58,3
Cesárea	177	41,7
Total	424	100

Dentre as mulheres que tiveram parto normal, 77,7% (192) sofreram algum tipo de trauma perineal, das quais 46,2% (114) foram episiotomia e 15,8% (39) laceração, sendo 12,6% (31) de primeiro, 1,6% (4) de segundo e 1,6% (4) de terceiro grau.

A maioria das mulheres (75,0% - 318) referiu não praticar nenhum exercício físico durante a gestação atual. Dentre as que realizaram atividade física (25,0% - 106), a caminhada leve foi relatada como a principal (88,7%), seguida pelos exercícios aeróbicos (5,7%) e a dança (3,8%). A prática da yoga e do karatê foi praticada por apenas uma mulher (0,9% cada).

Nesse estudo, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre o tipo de parto (normal ou cesárea) e os dados sociodemográficos das mulheres, tais como a idade ($p=0,1022$), a escolaridade ($p=0,5635$), a remuneração ($p=0,4933$), a idade gestacional atual ($p=0,4005$) e o número de consultas de pré-natal realizadas atualmente ($p=0,6941$). Entretanto, houve relação estatisticamente significativa entre o tipo de parto anterior e o parto atual, no qual foi constatado que quanto maior o número de partos normais anteriores, maior o percentual de mulheres que deram à luz por essa via ($p<0,0001$), o mesmo ocorrendo com os partos cesarianos ($p<0,0001$).

Considerando-se o perfil dos recém-nascidos, verificou-se que a maioria era do sexo masculino (52,2%), com peso adequado (89,5%), estatura entre 45 e 50 centímetros (80,7%), com boas condições vitais (Índice de Apgar entre 8 e 10) no primeiro minuto (92,2%) e no quinto minuto de vida (98,2%), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização dos recém-nascidos. São Paulo (SP), 2012

Variáveis	n° (f)	%
Sexo		
Masculino	224	52,2
Feminino	205	47,8
Peso (gramas)		
< 2.500	28	6,5
2.500 a 4.000	384	89,5
> 4.000	17	4,0
Estatura (centímetros)		
< 45	44	10,3
45 a 50	346	80,7
51 a 55	38	8,9
> 55	1	0,2
Apgar (1° minuto)		
0 a 3	5	1,1
4 a 6	17	3,9
7	12	2,8
8 a 10	395	92,2
Apgar (5° minuto)		
0 a 3	-	-
4 a 6	4	0,9
7	4	0,9
8 a 10	182	98,2
Total	429*	100

* Inclui 4 casos de gemelares.

A identificação do perfil sociodemográfico das puérperas atendidas nos territórios brasileiros é um dos elementos essenciais para a aplicabilidade das ações recomendadas pelo Ministério da Saúde para a humanização da assistência ao parto. Essas informações permitem o diagnóstico situacional das mulheres atendidas nas unidades de saúde da região, possibilitando à equipe de saúde o planejamento e a implementação da assistência à saúde específica de cada território.

A identificação precoce dos fatores de risco e a classificação de risco gestacional pressupõem agilidade no atendimento e no planejamento do cuidado, resultando na redução da morbimortalidade materno-infantil. Nesse sentido, determinadas características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, como a idade inferior a 15 e superior a 35 anos, a ocupação, a situação conjugal insegura e a baixa escolaridade são classificadas como fatores de risco gestacional.⁵

Constatou-se nesse estudo que o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos nas duas maternidades da cidade de São Paulo, no geral, foi semelhante aos encontrados nos estudos desenvolvidos nas cidades de Salvador (BA), Maringá (PR) e Serra (ES).⁶⁻⁹

Com relação à faixa etária das participantes, observou-se predominância de mulheres em idade jovem, sobretudo entre 21 a 30 anos (60,6%). Nos estudos analisados anteriormente, identificou-se o mesmo perfil etário cujo número de mulheres com essa idade foi superior a 60,0%.⁶⁻⁹

No que tange a escolaridade das participantes, os dados desse estudo revelaram que a maioria delas (65,8%) estudou até o ensino médio, o que significa um tempo de estudo entre 9 e 12 anos, considerando que não houve repetência. Estudo descritivo com 53 mulheres participantes de uma oficina de gestantes em Curitiba, também mostrou esse perfil escolar (58,9%)¹⁰. Pesquisa desenvolvida em um Centro de Parto Normal (CPN) de São Paulo identificou que 66% das mulheres atendidas na instituição entre 2006 a 2009 estudaram de 8 a 11 anos¹¹, enquanto na cidade de Salvador 54,8% das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) estudaram de 10 a 12 anos.⁶

O período de estudo inferior a cinco anos é classificado pelo Ministério da Saúde com um fator de risco gestacional. Nesse sentido, a predominância de mulheres com mais tempo de estudo, conforme apresentado nesses trabalhos, tende a uma redução na possibilidade do desenvolvimento de morbidades graves e do óbito materno por causas evitáveis, visto que, quanto maior a escolaridade materna maior o número de consultas de pré-natal são realizadas, fator que amplia a chance da detecção precoce e tratamento de morbidades.⁵

A maioria das participantes (55,2%) declarou-se de cor da pele parda. Estudo descritivo desenvolvido em Serra com 1.335 puérperas encontrou característica semelhante (69,06%)⁷, enquanto em Salvador, dentre as 449 mulheres atendidas pelo SUS, 47,9% consideravam-se pretas e 44,1% pardas.⁶ Entretanto, pesquisas realizadas em São Paulo e Curitiba revelaram predominância de mulheres brancas, 60,4% e 84,9%, respectivamente.¹⁰⁻

11

Dados do Ministério da Saúde apontam que as mortes maternas por causas obstétricas diretas no período de 2002 a 2006 foram maiores entre as mulheres pardas, enquanto as de cor branca e pretas apresentaram as maiores proporções de óbitos maternos

por causas indiretas.¹² Além disso, pessoas negras estão relacionadas a posições socioeconômicas desfavoráveis, a menores níveis de instrução, a maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde^{6,13}, influenciando o estado de saúde da população feminina no Brasil.

A maioria das puérperas atendidas nas maternidades estudadas mencionou que não exercia atividade laboral remunerada (57,3%), dados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados em maternidades das cidades de Salvador (55,7%)⁶ e Maringá (66,2%).⁸ Em contraponto, em São Paulo 62,9% das mulheres recebiam remuneração pelo seu trabalho.¹¹ A caracterização das mulheres brasileiras apresentada pelo Censo Demográfico de 2010 indicou que 56,9% delas tinham recebido algum rendimento, cuja média foi pouco superior a um salário mínimo vigente (R\$ 510,00).²

Quando comparadas aos homens, as mulheres enfrentam maiores custos de saúde em função de sua maior utilização e pela maior probabilidade de terem condições financeiras mínimas, de estarem desempregadas ou de realizarem trabalhos precários e informais.² Essa situação pode comprometer o estado de saúde da mulher, sobretudo durante o ciclo gravídico-puerperal, acarretando em dificuldade no acesso ao serviço de saúde ou na sobrecarga de trabalho, fatores que aumentam a possibilidade de morbidade materna.

A baixa escolaridade está relacionada com a dificuldade de inserção da mulher no mercado de trabalho, implicando na condição financeira deficiente, que por sua vez, conforme citado anteriormente, também pode comprometer a qualidade de vida e o estado de saúde da mulher.⁶

Nesse sentido, é primordial que o profissional de saúde ao assistir à gestante esteja atento às condições sociais e econômicas desta, em função das possibilidades de complicações relacionadas a esses fatores.

A situação conjugal segura é considerada pelo Ministério da Saúde como um fator que reduz as possibilidades do aparecimento de complicações gestacionais, indicando que a presença do pai deve ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto.⁵ Nesse estudo, constatou-se que 85,4% das participantes têm companheiro, o que pode implicar em melhor prognóstico para o conceito.¹⁴ Este dado foi semelhante aos encontrados em Salvador (79,1%) e Serra (71,46%). No estudo descritivo realizado em Maringá apenas 31,6% das puérperas tinham companheiro contrapondo aos demais estudos.⁶⁻⁸

Quanto às consultas de pré-natal, 68,6% das mulheres tiveram seis ou mais consultas realizadas durante a gestação. Esses valores foram semelhantes aos dados encontrados nos estudos das maternidades de Maringá (63,6%)⁸, Serra (54,3%)⁹ e no CPN de São Paulo (87,3%).¹¹

Um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento é a assistência pré-natal. Seu objetivo é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. De acordo com a OMS e o Ministério da Saúde, o número adequado de consultas para garantir a qualidade da assistência nesse período seria igual ou superior a 6.⁵ Nesse sentido, observou-se um adequado número de consultas realizadas pela maioria das mulheres pesquisadas, implicando em menores riscos maternos.

Considerando a idade gestacional no momento do parto, 93,6% dos partos ocorreram entre 37 e 41 semanas (termo), semelhante a outros estudos.^{7-11,15} O nascimento de crianças pré-termo e com baixo peso representa maior risco de óbito, sobretudo no período neonatal.²

Dados do Ministério da Saúde indicam um aumento na proporção de partos cesáreos realizados no país. Nesse estudo o número de partos normais foi superior ao de cesáreas, porém ainda é superior ao recomendado pela OMS.²

Estudo descritivo de série histórica relacionando a taxa de cesarianas no Brasil segundo características sociodemográficas indicou que as mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de óbito entre 1992 e 2010 e 5 vezes maior possibilidade de desenvolver infecção puerperal entre 2000 e 2011 que as mulheres que tiveram parto normal. Além disso, a proporção de crianças prematuras foi maior nas cesáreas (7,8%) do que nos partos normais (6,4%) em 2010.²

A Rede Cegonha constitui um programa de saúde proposto pelo Ministério como estratégia para mudar as taxas de cesárea no país, por meio da reorganização da rede de cuidados materno-infantil, estimulando a desospitalização do parto e nascimento de risco habitual, que passaria a ser atendido em CPN Peri ou intra-hospitalares, com a enfermeira obstetra e/ou obstetrix na centralidade do cuidado.^{2,5}

Essa estratégia pode auxiliar na mudança do panorama dos partos no Brasil, todavia, depende de como essas propostas serão transformadas em ações e serão inseridas no cotidiano dos serviços de saúde. Acredita-se que medidas de incentivo ao parto normal entre a população contribuirá para o sucesso da Rede Cegonha.^{2,5}

Em relação aos recém-nascidos, constatou-se um perfil de bebês predominantemente do sexo masculino, com peso e altura adequados para uma gestação a termo, e com boas condições vitais. Essas características representam o nascimento de crianças com melhor prognóstico, indicando uma adequada assistência à mulher durante o seu ciclo gravídico-puerperal realizada pelas maternidades estudadas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que houve predomínio de mulheres jovens, primíparas, com pouca escolaridade e condições financeiras desfavoráveis, e de recém-nascidos com boas condições vitais. Essas informações são importantes para o planejamento da atenção à saúde direcionada a essa população em consonância com as recomendações da humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (Brasil). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [base de dados internet]. Resultados do Universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 2013 out 18]. Disponível em: http://ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]. 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2014 jan 16]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>.
6. Rodrigues QP, Domingues PML, Nascimento ER. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev Enferm UERJ. 2011;19(2):242-8.
7. Primo CC, Amorim MHC, Castro DS. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. R Enferm UERJ. 2007;15(2):161-7.
8. Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):95-102.
9. Lima EFA, Sousa AI, Melo ECP, Primo CC, Leite FMC. Perfil de nascimentos de um município: um estudo de coorte. Rev Bras Pesq Saúde. 2012;14(1):12-8.
10. Santana MA, Souza SRRK, Gualda DMR, Wall ML. Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado. Cogitare Enferm. 2012 jan/mar; 17(1):106-12.
11. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(5):1031-8.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Senna DM, Lima TF. Questão de violência na atenção primária à saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F (orgs.). Saúde da população negra 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros - ABPN; 2012. p.161-80.
14. Lima, Sampaio influencia de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do RN: estudo realizado em uma maternidade de Teresina, PI. Rev Brás saúde materno infantil. 2004;4(3)253-61.
15. Rodrigues KSF, Zagonel IPS. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/ PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. Esc Anna Nery. 2010;14(3):534-42.

Recebido em: 01/03/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 29/10/2014
Publicado em: 01/01/2015

Endereço de contato dos autores:
Jaqueline de Oliveira Santos
Rua Napoleão de Barros, 754
Vila Clementino, São Paulo(SP), 04024-002.