

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE
UAB - MODALIDADE A DISTÂNCIA**

Adriana Torres Fonseca Neto

**PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO:
IMPACTO SOBRE O PERFIL DOS NASCIMENTOS NO MUNICÍPIO
DE PELOTAS – RS ENTRE OS ANOS DE 2006-2010**

São Lourenço do Sul

2012

Adriana Torres Fonseca Neto

**PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO:
IMPACTO SOBRE O PERFIL DOS NASCIMENTOS NO MUNICÍPIO
DE PELOTAS – RS ENTRE OS ANOS DE 2006-2010**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Roberta Alvarenga Reis

Tutora Orientadora: Cátia Bauer Maggi

São Lourenço do Sul

2012

Adriana Torres Fonseca Neto

**PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO:
IMPACTO SOBRE O PERFIL DOS NASCIMENTOS NO MUNICÍPIO
DE PELOTAS – RS ENTRE OS ANOS DE 2006-2010**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Administração da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão em Saúde.**

Orientadora: Roberta Alvarenga Reis

Tutora Orientadora: Cátia Bauer Maggi

Conceito final:

Aprovado em..... de de

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. - Instituição

Prof. Dr. - Instituição

Orientador - Prof. Dr. – Instituição

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever o impacto de programas de atenção à saúde do recém nascido sobre o perfil dos nascimentos no município de Pelotas – RS entre os anos de 2006-2010. Foi realizado um estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritiva e documental, através do levantamento de dados e informações a respeito dos recém-nascidos no município de Pelotas-RS no período determinado. A aquisição de dados se deu em fontes como Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos (SINASC). Verificou-se uma redução da natalidade no período observado, sendo que o número de nascidos vivos com baixo ou muito baixo peso ao nascer se mostraram crescentes. O número de consultas de pré natal igualmente mostrou-se decrescente, o número de partos hospitalares no município manteve-se na média verificada no período. O número de partos cesáreos apresentou um aumento a cada ano, o numero partos prematuros esteve em uma crescente, bem como o aumento da mortalidade neonatal, mortalidade neonatal precoce e mortalidade neonatal tardia. Com este estudo percebe-se que o perfil de nascimentos no município de Pelotas-RS apresenta-se ainda em desacordo com as reais necessidades encontradas na saúde, havendo a necessidade de maior investimento em ações educativas junto à família e a comunidade, dirigidas a situações-problemas específicas detectadas nas gestantes, ações que visem a eliminação definitiva da superlotação nas unidades neonatais sendo necessária uma avaliação das práticas assistenciais desenvolvidas e a correta realização de registros para que se possa obter estatísticas oficiais dignas de confiança.

Palavras-chaves: nascidos vivos, atenção a saúde, saúde da criança

Sumário

1. INTRODUÇÃO	06
2. OBJETIVOS.....	08
2. 1. OBJETIVO GERAL.....	08
3. REVISÃO DE LITERATURA	09
3. 1. O RECÉM NASCIDO	09
3. 2. ATENÇÃO PRÉ-NATAL	10
3. 3. PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	11
3. 4. NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS.....	12
3. 5. REDE CEGONHA	13
4. MÉTODO.....	14
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	16
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	

1. Introdução

É fundamental para a saúde materna e neonatal uma atenção Pré-Natal e puerperal de qualidade e humanizada. Para sua humanização e qualificação identifica-se a necessidade de construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade e considere o seu ambiente social, econômico, cultural e físico (BRASIL, 2005, p. 5).

Um Pré-Natal de qualidade orienta a mulher no sentido de evitar as dificuldades no cuidado com o recém-nascido e dificuldades no período puerperal (OBA E TAVARES, 2000, p. 11).

Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a morbi-mortalidade neonatal. Com o nascimento o bebê vai se adaptando gradualmente ao meio extra-uterino superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento (CRUZ, SYMAM, SPINDOLA, 2007, p. 691).

No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida da criança, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (WASHINGTON, 2007).

As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, influenciando nas condições de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Medidas para a melhoria da saúde apresentam-se como um grande desafio para a redução da mortalidade infantil no País e promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2011, p. 11).

Ao observar a atenção à saúde dos recém-nascidos compreende-se que nem sempre a disponibilidade de serviços oferecidos supre as reais necessidades devido a taxa de nascimentos observada no município. O interesse em desenvolver este estudo surge com a curiosidade de conhecer o impacto de programas de atenção à saúde do recém nascido sobre o perfil dos nascimentos no município de Pelotas – RS, entre os anos de 2006-2010.

Compreende-se que conhecendo dados acerca dos nascimentos no município de Pelotas é possível refletir sobre a efetividade de programas de atenção ao recém nascido e dessa forma contribuir para que se pense em melhorias para a organização dos serviços de saúde.

Diante dessas reflexões estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa:

Como está o perfil dos nascimentos mediante a existência de serviços de atenção ao RN no município de Pelotas-RS?

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Descrever o perfil dos nascimentos no município de Pelotas-RS.

3. Referencial Teórico

A construção deste capítulo propõe-se a discorrer sobre o recém nascido, Atenção Pré-Natal, número de nascidos vivos, Programa Primeira Infância Melhor, Rede Cegonha.

3.1. O Recém Nascido

A assistência neonatal vem passando por muitas transformações e o advento de novas tecnologias trouxe um universo mais amplo ao cuidado aos recém nascidos (RN) (DE CARVALHO, GOMES, 2005 p. 115)

O tipo de apoio recebido nessa fase pós-parto pode contribuir negativa ou positivamente na adaptação ao papel materno, pois a mulher se depara com as necessidades de suporte esperadas e as reais após o nascimento. Durante o Pré-Natal é necessário que o profissional avalie a auto-estima, a rede de suporte social e a satisfação das futuras mães, para que se tenha o acompanhamento necessário e disponível para enfrentar tantas mudanças (ZAGONEL et al., 2008, p. 31).

Nos últimos anos, grandes mudanças vêm ocorrendo no ambiente das unidades neonatais no Brasil, de certa forma vem acompanhando a tendência mundial (COSTA, PADILHA, MONTICELLI, 2010, p 200).

Deve haver prioridade para todo RN e gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto. Devem ser acolhidos, avaliados e assistidos em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procuram assistência, seja a unidade básica de saúde, o serviço de urgência, a maternidade ou o hospital, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso (BRASIL, 2011, p. 22).

O RN de alto risco merece ainda maior destaque. Além da necessidade de cuidados pela equipe da atenção básica de saúde, demanda atendimento especializado por profissionais habilitados. Essas crianças devem ser seguidas

preferencialmente nos ambulatórios de acompanhamento do RN de alto risco, além do acompanhamento pela atenção básica, conforme a rede de atenção regionalizada. (BRASIL, 2011, p. 21).

Há situações em que o risco fetal torna-se maior que o risco neonatal. Nesses casos, a antecipação eletiva do parto é medida preventiva conveniente e insubstituível, mas representa uma decisão que constitui-se numa medida que exige conhecimentos, experiência e equipamentos sofisticados. O risco fetal é avaliado a partir das condições maternas e da pesquisa de vitalidade e crescimento fetal, depende do peso e da maturidade no momento do parto, das condições fetais e dos recursos disponíveis para a atenção ao recém-nascido (BRASIL, 2010, p. 259).

3.2. Atenção Pré-Natal

A assistência pré-natal implica em uma avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas e dependendo do problema encontrado, poder atuar de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (BRASIL, 2010, p. 11).

O atendimento Pré-Natal deve ser organizado para atender às reais necessidades das gestantes, utilizando-se de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados e disponíveis, proporcionando ainda a facilidade de acesso e continuidade do acompanhamento (BRASIL, 2010, p. 23).

Segundo orientações do Ministério da Saúde em Brasil (2010, p. 11) os fatores de risco gestacional podem ser identificados durante a assistência pré-natal, sendo importante que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico, podendo ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar.

Situações que podem estar presentes no nascimento - RN de risco - devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de saúde, pois demandam atenção especial e prioritária (BRASIL, 2011, p. 21).

Os parâmetros de assistência pré-natal e parto já são estabelecidos. Os gestores têm como saber qual é a demanda e qualificar a rede, adequando a cobertura, a capacitação de recursos humanos e a elaboração de protocolos (BRASIL, 2010, p.23).

Uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto, portanto, é necessário reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. Uma intervenção precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (BRASIL, 2010, p. 11).

3.3. Programa Primeira Infância Melhor (PIM)

O PIM foi concebido na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em 2003 com a reunião de competente equipe técnica que formulou o Programa Primeira Infância Melhor, acolhido e estimulado pelo então Governador durante a gestão 2003-2006. Foi implantado oficialmente no Estado em 7 de abril de 2003. (SCHNEIDER, RAMIRES, 2007, p, 22)

O Programa Primeira Infância Melhor – PIM fica instituído no município de Pelotas em julho de 2006, como parte integrante da Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância a ser implementado em parceria com os municípios ou organizações não-governamentais, tendo o programa a finalidade de promover o desenvolvimento integral da criança, desde a gestação até os cinco anos de idade, com ênfase na faixa etária de zero a três anos, complementando a ação da família e da comunidade. (LEI ESTADUAL Nº 12.544, DE 03 DE JULHO DE 2006)

O PIM tem como objetivo maior estimular o desenvolvimento socioemocional e cognitivo dos bebês e crianças para que possam aprender melhor e mais rápido ao entrar na escola, possam regular de forma mais adequada seus sentimentos e seu comportamento, e com isso ter um desempenho melhor na vida. O PIM é um Programa essencialmente de promoção da saúde que envolve todas as dimensões humanas, trabalhando nas suas raízes o desenvolvimento durante a primeira infância (SCHNEIDER, RAMIRES, 2007, p, 9).

O programa foi implementado através de parcerias entre estado e municípios, o PIM estrutura-se em torno de três eixos: a família, a comunidade e a intersetorialidade. Prioriza áreas cuja população se encontra em situação de vulnerabilidade e risco social (SCHNEIDER, RAMIRES, 2007, p, 14).

O PIM está em consonância com as evidências científicas e práticas, recolhidas ao longo das últimas duas décadas, de que a educação e os cuidados de boa qualidade nos primeiros anos de vida, têm um impacto positivo na sobrevivência, crescimento e desenvolvimento do potencial de aprendizagem das crianças (SCHNEIDER, RAMIRES, 2007, p, 113).

3.4. Número de nascidos vivos

A taxa de fecundidade (número médio de filhos nascidos vivos por mulher) esteve em queda nas últimas três décadas no País. Uma situação de grave desigualdade visível no País é a ocorrência de mulheres com mais de 12 anos de estudo com uma média de um filho, enquanto as mães sem instrução têm 4,2 filhos (BRASIL, 2011 p, 14).

O SINASC sistema de informação sobre nascidos vivos, através do documento Declaração de Nascido Vivo (DNV) armazena dados que possibilitam traçar o perfil dos nascimentos em cada hospital, município e estado para caracterizar a população, auxiliar no planejamento e calcular taxas de mortalidade, por exemplo, hospitalares (BRASIL, 2011, p.12)

Sempre que necessário o transporte inter-hospitalar deve ser providenciado, principalmente quando há necessidade de recursos de cuidados intensivos não disponíveis nos hospitais de origem (BRASIL, 2011, p. 149).

Durante décadas, os avanços nos cuidados intensivos têm possibilitado maior sobrevida aos RNs prematuros extremos. (DE CARVALHO e GOMES, 2005, p. 117)

3.5. Rede Cegonha

De acordo com publicações do Ministério da Saúde a Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 traz no artigo 2º que o Plano de Ação Regional deverá ser elaborado após a realização de análise da situação da saúde da mulher e da criança em cada Município da região, sendo elaborado o Desenho Regional da Rede Cegonha (REDE CEGONHA, 2012, on line).

Ainda conforme o Ministério da Saúde em Rede Cegonha (2012, on line) a implementação da Rede Cegonha deve ter seu Plano de Ação Municipal elaborado em consonância com o Plano de Ação Regional e deverá conter as informações de identificação da população total do Município, do número de mulheres em idade fértil (10-49 anos), do número de nascidos vivos no ano anterior, incluindo SUS - dependentes e SUS-não dependentes; a programação (física e financeira) da atenção integral à saúde materna e infantil e especificar as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos disponibilizados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Rede Cegonha configura-se em uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e às crianças assegura o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os objetivos da Rede Cegonha consistem em propor um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, organizar uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e conquistar a redução da mortalidade materna e neonatal (REDE CEGONHA, 2012, on line).

4. Método

Este estudo será caracterizado por uma abordagem quantitativa, do tipo descritiva e documental.

Segundo Gil (2002, p. 90) em pesquisas quantitativas os dados são organizados em tabelas e permitem o teste das hipóteses estatísticas. São estas pesquisas caracterizadas pelo emprego da quantificação tanto na coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas: percentual, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, dentre outras.

Conforme Beuren (2006, p. 92, 93) a abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego de instrumentos estatísticos tanto na coleta quanto no tratamento dos dados. Esse procedimento não é tão profundo na busca do conhecimento da realidade dos fenômenos, uma vez que se preocupa com o comportamento geral dos acontecimentos. Destaca ainda a importância de ter a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto as inferências feitas.

Trata-se de um estudo descritivo quando está dentro de análises quantitativas e qualitativas, com um levantamento de dados e o porquê destes dados segundo Dalfovo, Lana e Silveira (2008, p. 4). Conforme Gil (2002, p. 42) tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

É um estudo do tipo documental quando o uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009, p. 2).

Segundo Gil (2002, p. 45) sobre a diferença entre as pesquisas documental e bibliográfica:

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes/Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental utiliza-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Ainda segundo Sá-Silva, Almeida, e Guindani (2009, p. 3) a pesquisa documental utiliza documentos objetivando extrair informações, fazendo investigações, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise. É primordial em todas as etapas de uma análise documental que se avalie o contexto histórico no qual foi produzido o documento, o universo sócio-político do autor e daqueles a quem foi destinado, seja qual tenha sido a época em que o texto foi escrito.

O pesquisador não pode prescindir de conhecer a conjuntura socioeconômico-cultural e política que propiciou a produção de um determinado documento, o que possibilita apreender os esquemas conceituais dos autores, seus argumentos, reações e, ainda, identificar as pessoas, grupos sociais, locais, fatos aos quais se faz alusão, etc. (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009, p. 7).

O estudo foi realizado através do levantamento de dados e informações a respeito do perfil de nascimentos no município de Pelotas-RS, nos anos de 2006 a 2010, período este em que já havia implantação do Programa PIM (Primeira Infância Melhor) no município.

Para a aquisição destes dados foi realizada a busca de informações em fontes de dados como Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos (SINASC). Após a seleção dos documentos e dados, estes foram agrupados, analisados e, posteriormente, comparados com a literatura.

5. Apresentação e Análise dos dados

5. 1. Dados de Nascidos Vivos do Município de Pelotas e do Estado do Rio Grande do Sul no período de 2006 a 2010

Tabela 1 – Número total de nascidos vivos

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	4291	4018	3938	4057	3909
RS	141299	133333	135137	133570	133143

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 2 – Número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2500g)

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	442	400	432	428	405
RS	12837	12411	12855	12394	12557

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 3 – Número de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer (<1500g)

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	73	57	82	66	67
RS	1935	1802	1912	1917	1848

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 4 – Número de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré natal

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	4046	3821	3679	3639	3483
RS	129049	122246	124089	122332	122815

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 5 – Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	3493	3332	3136	2964	2742
RS	97118	94082	96376	95103	96936

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 6 – Número de nascidos vivos em partos hospitalares

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	5162	4871	4817	4044	4820
RS	140802	132712	134619	133035	132536

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 7 – Número de nascidos vivos em partos cesáreos

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	2198	2120	2149	2258	2265
RS	71356	69240	72558	74312	77280

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 8 – Número de nascimentos com duração da gestação até 36 semanas

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	474	379	461	413	449

RS	12554	12015	12556	12075	12650
-----------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Fonte: SINASC (2006 - 2010)

Tabela 9 – Mortalidade neonatal (0 a 28 dias) - por 1000 nascidos vivos

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	52	31	48	38	43
RS	1245	1104	1181	1044	988

Fonte: SIM (2006 - 2010)

Tabela 10 – Mortalidade neonatal precoce (0 a 07 dias) - por 1000 nascidos vivos

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	39	22	32	26	27
RS	901	794	837	735	713

Fonte: SIM (2006 - 2010)

Tabela 11 – Mortalidade neonatal tardia (07 a 28 dias) - por 1000 nascidos vivos

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	13	9	16	12	16
RS	344	310	334	309	275

Fonte: SIM (2006 - 2010)

Tabela 12 – Óbitos por prematuridade em Pelotas (%)

LOCAL	2006	2007	2008	2009	2010
PELOTAS	38	37	51	51	41

Fonte: SIM (2006 - 2010)

Com a análise da Tabela 1 pode-se observar que no ano de 2010 Pelotas apresentava o menor número de nascidos vivos comparado aos anos de 2006 a 2010, estando este número ainda inferior a média encontrada neste período que foi

de 3914 nascidos vivos. O Estado também neste mesmo ano apresentava número inferior a média do período que foi de 135296 nascidos vivos.

Essa redução de natalidade pode estar relacionada, segundo o IBGE (2002) com o acesso facilitado a métodos contraceptivos, os custos elevados necessários para a criação de uma criança e a inserção da mulher no mercado de trabalho.

A apreciação dos dados apresentados nas tabelas 2 e 3 permite perceber que com relação ao número de nascidos vivos com baixo peso (<2500g) ou muito baixo peso ao nascer (<1500g), no ano de 2006, Pelotas apresentava situação de desvantagem comparada a situação do Estado. Enquanto em Pelotas os dados mostravam 10,3% de nascidos vivos de baixo peso e 1,7% de nascidos vivos de muito baixo peso, o Estado apresentava 9,1% de nascidos vivos de baixo peso e 1,4% de nascidos vivos de muito baixo peso.

No ano de 2010 em Pelotas o número de nascidos vivos de baixo peso ao nascer foi de 10,4% do total de nascidos vivos, estando ainda em desvantagem em relação ao RS no mesmo ano, quando apresentou 9,4% de nascidos vivos de baixo peso. O número de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer em Pelotas ainda apresentava situação inferior a situação encontrada no Estado, repetindo dados de 2006 nas duas localidades, respectivamente em Pelotas e no RS, 1,7% e 1,4%.

Para de Carvalho e Gomes (2005, p. 115) as diferenças no acesso aos serviços disponíveis e na qualidade da atenção perinatal são um dos fatores que potencialmente explicariam a ocorrência de baixo peso ou muito baixo peso ao nascer.

Conforme estudo de Malveira et al. (2006, p. 44) é freqüente o número de recém-nascidos de muito baixo peso que tiveram como principal complicação e causa de óbito a infecção hospitalar, fato que resultou em elevada taxa de letalidade. A prevenção do nascimento de recém nascidos de muito baixo peso deverá ser uma das prioridades na assistência pré-natal, reduzindo assim a mortalidade infantil.

Ao observar a tabela 4 verifica-se que no ano de 2006 94,3% dos nascidos vivos de Pelotas eram de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal, sendo o maior índice do período entre 2006 a 2010. No ano de 2010 em Pelotas pôde-se verificar que o número de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal apresentava se ainda abaixo da média encontrada entre 2006 a 2010, que foi de

3734 nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal. Pode se ver ainda que os melhores índices estavam nos anos de 2006 e 2007. No RS a situação foi inversa sendo que nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal no ano de 2006 foi de 91,3%, mostrando uma melhora em 2010 quando teve o índice de 92,3%.

O número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, presente na tabela 5 no ano de 2006 foi de 81,4% em Pelotas e 68,7% no RS. No ano de 2010 esses números foram de 70,1% em Pelotas e 72,8% no RS. Em Pelotas constatou-se que estaria ocorrendo uma diminuição na assistência pré-natal, sendo que no Estado estaria ocorrendo já alguma melhora dessa forma de atenção.

O Ministério da Saúde em Brasil (2005, p. 8) recomenda que sejam realizadas ao menos 6 consultas de pré-natal, garantindo uma atenção pré-natal e puerperal em conformidade com parâmetros pré-estabelecidos.

A tabela 6 traz dados alusivos ao número de nascidos vivos em partos hospitalares no período de 2006 a 2010. O município de Pelotas manteve-se neste período acompanhando a média entre esses anos que foi de 4743 nascidos vivos por partos hospitalares. O RS vem apresentando um índice inverso, estando com valores inferiores a média do período estudado que foi de 134741 nascidos vivos de partos hospitalares.

A atenção obstétrica na rede SUS deve ser organizada de forma a influenciar a organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, com ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005, p.142)

O número de nascidos vivos por partos cesáreos, exposto na tabela 7 mostra que em Pelotas houve um aumento no ano de 2010, comparado ao ano de 2006. 51,2% dos nascidos vivos de 2006 seriam nascidos por partos cesáreos, sendo que em 2010 o número deste procedimento chegou a 57,9%. O RS também mostrou aumento significativo no número de nascidos vivos por parto cesáreo sendo 50,5% em 2006 e 58% no ano de 2010.

De acordo com orientações do Ministério da Saúde em Brasil (2010, p.54, 224) o parto normal deve ser preferível a cesariana, por considerar menor sangramento e menor necessidade de intervenções. Altos índices de cesáreas estão diretamente relacionados à morbimortalidade materna.

Pode-se constatar ainda quando analisados os dados da tabela 8 que comparados os dados de 2006 e 2010 referentes a nascidos de gestação com duração de até 36 semanas que Pelotas continua em situação inferior ao Estado. Em Pelotas, nos anos de 2006 e 2010 o número de nascidos de gestação de até 36 semanas foi respectivamente 11% e 11,5%, sendo no Estado 8,9% e 9,5%.

O atendimento às gestantes classificadas como de risco, garante vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado (BRASIL, 2005, p, 5). A boa assistência neonatal não pode se limitar ao objetivo de garantir a sobrevivência do prematuro extremo até a alta. O seguimento e o suporte adequado aos bebês e crianças egressos das unidades neonatais são ainda enormes desafios em nosso meio (DE CARVALHO, GOMES, 2005, p. 115)

Ao observar os dados referentes a mortalidade neonatal (tabela 9), mortalidade neonatal precoce (tabela 10), mortalidade neonatal tardia (tabela 11) e óbitos por prematuridade (tabela 12) verifica-se que o município de Pelotas, vem apresentando nos últimos anos de estudo, valores maiores que de anos anteriores, deixando evidente a situação vivenciada pela atenção a saúde do recém nascido. Pode-se ressaltar ainda que o Estado apresenta melhores índices, com uma crescente melhora com o avanço dos anos analisados.

6. Considerações Finais

O perfil de nascimentos apresentou-se ainda em desacordo com as reais necessidades encontradas no município. Percebe-se a necessidade de maior investimento em ações educativas junto à família e a comunidade, dirigidas a situações-problemas específicas detectadas nas gestantes.

É um gerador de preocupação para gestores de saúde a conformação da atenção ao recém nascido, com a eliminação definitiva da superlotação nas unidades neonatais sendo necessária uma avaliação das práticas assistenciais desenvolvidas.

A importância da realização correta de registros também é um fator a ser considerado para que se possa obter estatísticas oficiais dignas de confiança.

A avaliação dos nascimentos de Pelotas-RS propicia mudanças no planejamento de ações de multiprofissionais envolvidos nesta forma de atenção. Faz-se necessário o investimento em serviços especializados acarretando em uma melhora na qualidade da assistência prestada.

Referências

AZEVEDO, M. **Padrões de aleitamento materno em recém-nascido pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar**. 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2011.

BARROS, A. J. D. et al. **Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição**. Revista de Saúde Pública 2006.

BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G.; TEIXEIRA, A. M. B.; FILHO, M. P. **Mortalidade perinatal e infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul: nossas estatísticas são confiáveis?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1985.

BEUREN, I. M. e colaboradores. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e Prática** – Brasil: Atlas, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.163 p.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. **Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira**. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

CRUZ, D. C. S.; SYMAM, N. S.; SPINDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):690-7.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008

DE CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. **A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios**. *Jornal de Pediatria* - Vol. 81, N^o1(supl), 2005.

FREITAS et al. **Rotinas em Obstetrícia**. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. – 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; HALPERN, R.; VICTORA, C. G. **Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no sul do Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*. 1996.

IBGE. **Brasileiros mais velhos** – 2002. Disponível em http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/brasileiros_mais_velhos.html. Acesso em 21 fev. 2012.

LEI ESTADUAL N^o 12.544, DE 03 DE JULHO DE 2006. Disponível em <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id3192.html>> Acesso em 14 fev 2012.

KILSZTAJN, S. et al. **Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil**. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007.

MALVEIRA, S. S.; MORAES, A. N.; CHERMONT. A. G.; COSTA, D. L. F.; SILVA, T. F. **Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência**. *Revista Paraense de Medicina*. v. 20 (1) janeiro - março 2006.

MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. **Pediatria Básica – Pediatria Geral e Neonatal**. – 9. Ed. – São Paulo: Sarvier, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2,p.11-17, abr. 2000.

REDE CEGONHA. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082> Acesso em 12 março 2012.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Núm I - Jul de 2009.

SILVA, A. A.; RIBEIRO, V. S.; BORBA, J. R. A. F.; COIMBRA, L. C.; SILVA, R. A. **Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998.** Revista de Saúde Pública, 2001.

SILVEIRA, M. F. et al. **Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional.** Revista de Saúde Pública 2008.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. **Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública** / Brasília : UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007. p. 128

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública 2005; 39 (3): 507-14.

WASHINGTON, U. S. **AIDPI Neonatal: manual do estudante.** OPAS, 2007.

ZAGONEL, I. P. S. et al. **O Cuidado Humano diante da Transição ao Papel Materno: Vivências no Puerpério.** Disponível em:<
<http://www.amigasdoparto.org.br/>> Acesso em: 16 out. 2008.