

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E RECÉM-NASCIDO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU - SP

DELIVERY AND NEWBORN ASSISTANCE PROGRAMME IN BOTUCATU – SP, BRAZIL

ADILSON LOPES CARDOSO¹, IRACEMA DE MATTOS PARANHOS CALDERON²

1. Enfermeiro da Seção Técnica de Ambulatórios de Convênios/Hematologia – FMB/UNESP/Botucatu/SP. (Artigo de Tese de Mestrado apresentado na FMB/UNESP/Botucatu/SP); 2. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (UNESP).

* Rua Adolpho Cesar, 252, Jardim Eldorado, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP: 18608-780 cardosolc@uol.com.br

Recebido em 09/04/2015. Aceito para publicação em 20/05/2015

RESUMO

Com o objetivo de avaliar a efetividade do processo de hierarquização do Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido do município de Botucatu-SP, o presente estudo comparou dados de dois tipos de serviços assistenciais do SUS, a atenção secundária (baixo risco) no Hospital Regional da Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana (HR-ABHS) e a terciária (alto risco) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP (HC-FMB/UNESP). Os resultados obtidos quanto à frequência de gestantes idosas e multíparas foi maior no serviço de alto risco, sendo 10,4% no HR-ABHS e 33,5% no HC-FMB/UNESP, e no de baixo risco, respectivamente, 4,0% e 21,9%. Em relação ao nível de atenção no parto, confirmou-se adequação nos índices 26,0% e 36,0%, respectivamente. No serviço de baixo risco, maior proporção de recém-nascidos era de termo, 88,5% e 74,0%, peso adequado, 89,7% e 74,4%, e não apresentava sinais de hipóxia, recebendo alta hospitalar com menos de 72 horas, 95,3% e 63,0%. A ocorrência e as causas de morte materna foram compatíveis com os níveis de complexidade dos serviços e o obituário neonatal precoce foi exclusivo do atendimento terciário. A análise desses resultados permite concluir que há efetividade do sistema de hierarquização.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência secundária, assistência terciária, parto, recém-nascido.

ABSTRACT

To assess the effectiveness of the process hierarchy Assistance Program Delivery and Newborn of Botucatu-SP, this study compared data from two types of social services of SUS, secondary care (low risk) in Hospital regional Hospital Charitable Association Sorocabana (HR – ABHS) and tertiary (high risk) at the Hospital of the Faculty of Medicine of Botucatu, UNESP (HC-FMB/UNESP). The results regarding the frequency of pregnant women and older multiparous was higher in the service of high risk, with 10.4% in the HR-ABHS HC-FMB/UNESP and 33.5%, and low risk, respectively, 4, 0% and 21.9%. Regarding the level of care in childbirth, it was

confirmed suitability indices 26.0% and 36.0%, respectively. In the service of low-risk, higher proportion of newborns was at term, 88.5% and 74.0%, normal weight, 89.7% and 74.4%, and showed no signs of hypoxia, discharged with less than 72 hours, 95.3% and 63.0%. The occurrence and causes of death were consistent with levels of complexity of services and the obituary was unique to early neonatal tertiary care. These results show the effectiveness of the hierarchical system.

KEYWORDS: Secondary care, tertiary care, childbirth, newborns.

1. INTRODUÇÃO

Um levantamento das condições de saúde da região de Botucatu - SP em 1990, realizado por Berezowski *et al.* (1991), evidenciou elevado índice de mortalidade materna no ano de 1989 ocorreram seis mortes maternas entre 3630 nascidos vivos, correspondendo a um índice de mortalidade materna (IMM) de 165,3/100.000 NV. Outro fato foi a mortalidade perinatal do município que, entre 1991 e 1992, atingiu 14/1000 nascimentos, índice também bastante elevado. Esses dados foram atribuídos à falta de assistência pré-natal, ao baixo número de consultas e ingresso tardio. (GARDENAL, 2002).

O estudo ainda revelou que apenas seis, de 12 municípios estudados, prestavam atendimento a gestantes e que somente três deles possuíam hospitais em condições de realizar assistência ao parto e recém-nascido. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB/UNESP), o atendimento terciário esgotava sua capacidade e não conseguia suprir as necessidades do baixo risco perinatal da região.

Diante deste panorama, foi instalado o Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido com o objetivo de hierarquizar a assistência à gestante, parto e recém-nascido do município. A proposta do programa foi atribuir o atendimento ao pré-natal de baixo risco às Unidades Básicas de Saúde (UBS), adequadas para a

assistência primária, enquanto que o parto destas gestantes ficou a cargo do Hospital Regional da Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana (HR-ABHS), capacitado para a assistência de nível secundário. No Serviço de Obstetrícia do HC-FMB/UNESP passaram a ser acompanhadas as gestantes, os partos e os recém-nascidos de alto risco, ou seja, se no pré-natal fosse identificado patologias clínicas e/ou obstétricas, bem como, alterações dos níveis pressóricos materno, evolução das curvas de ganho de peso e de altura uterina era encaminhado ao atendimento de nível terciário.

A Figura 1 abaixo mostra o funcionamento da hierarquização proposta pelo Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido.

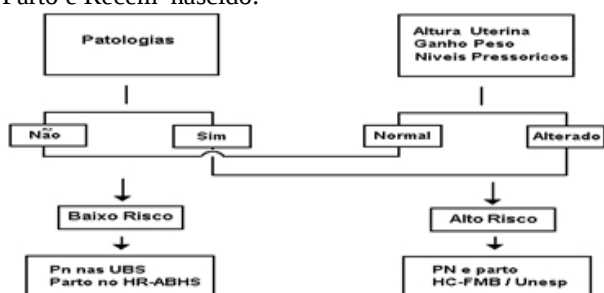


Figura 1. Funcionamento da hierarquização proposta pelo Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido. (RUDGE; CALDERON, 1999).

O Programa beneficia 31 municípios da atual Divisão Regional de Saúde XI – DIR XI, oferecendo atendimento ao parto de baixo e alto risco.

A questão levantada pelo presente estudo foi: será que o processo de hierarquização foi efetivo? Dessa forma, o objetivo geral foi avaliar a efetividade do processo de hierarquização no Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido do Município de Botucatu. Comparando, de modo específico, resultados maternos e perinatais observados nos dois serviços de assistência ao parto, diferenciados em atenção secundária (HR-ABHS) e terciária (HC-FMB/UNESP).

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo incluiu a coleta de informações de todas as gestantes, sem exceção, atendidas nos dois serviços de assistência a partos do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Botucatu, nível de atenção secundário (HR-ABHS) e terciário (HC-FMB/UNESP), no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1999. (RUDGE; CALDERON, 1999).

As informações coletadas foram: as idades maternas, que foram categorizadas nas faixas etárias inferior a 19 anos, de 19 a 35 anos e superior a 35 anos; a paridade, diferenciada em um, dois e maior ou igual a três partos; o número de consultas no pré-natal, classificado em zero, de um a quatro e mínimo de cinco consultas, e o local de

realização do pré-natal, discriminado como não realizado, UBS, HC-FMB/UNESP e outros locais.

Os resultados relativos ao parto incluíram o tipo, vaginal ou cesárea; a aplicação de fórceps e as indicações de cesárea, diferenciadas em absolutas (duas ou mais cesáreas prévias, apresentação pélvica, gravidez gemelar com uma cesárea anterior); distócias (desproporção céfalo-pélvica, falha na indução, parada secundária da dilatação cervical e da descida da apresentação); materna e/ou obstétricas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, eminência e/ou rotura uterina e as síndromes hipertensivas da gestação), sofrimento fetal agudo (SFA), e outras (ALTHABE, 2002). Entre os resultados neonatais, a idade gestacional ao nascimento foi classificada em menor que, e igual ou maior que 37 semanas (CUNNINGHAM *et al.*, 1997) o peso do recém-nascido foi avaliado em faixas de peso menor que 2500g, entre 2500 e 4000g e igual ou superior a 4000g e os índices de Apgar, de primeiro e quinto minutos de vida, foram categorizados em menor que e igual ou maior que 7. A morbidade neonatal foi avaliada indiretamente pelo intervalo de tempo decorrido entre o nascimento e a alta, considerando-se a alta hospitalar de até 3 dias, entre 4 e 7 e maior que 7 dias (BERTANHA, 2001). A razão de morte materna hospitalar (RMM-H) e os índices de mortalidade neonatal até o sétimo dia de vida (IMPNI), também foram avaliados nos dois serviços (SCHAWREZ *et al.*, 1996).

Os dados foram coletados por entrevistas e consulta ao prontuário médico e à ficha de partos.

Os dados foram analisados utilizando-se o teste do Qui-quadrado nas comparações de proporções 2 X 2 e o teste de Goodman nas comparações múltiplas. Para qualquer resultado adotou-se 5% como limite de confiança ($p < 0,05$) (CURI, 1998).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

3. DESENVOLVIMENTO

No período do estudo, foram registrados 2392 partos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Botucatu. Desses partos, 2355 eram de gestação única, 35 de gestação dupla, duas de gestação tripla e 38 de óbito fetal, resultando em 2393 recém-nascidos vivos.

Considerando os 2392 partos, 1047 (43,8%) foram atendidas no baixo risco (HR-ABHS) e 1345 (56,2%) no serviço de referência para o alto risco (HC-FMB/UNESP). Dos 2393 recém-nascidos vivos, 1042 (44,1%) nasceram no HR-ABHS e 1351 (55,9%) no HC-FMB/UNESP.

No Brasil, avaliações anteriores atribuíram cobertura de 94,4% do atendimento pré-natal na rede SUS e apenas 3,5% a serviços particulares (COIMBRA; SILVA,

2000).

Independentemente do risco, verificou-se queda destes índices no município de Botucatu. Dos partos assistidos no baixo e alto risco, respectivamente, 16,5 e 10,0% foi proveniente de assistência pré-natal realizada em serviços de convênios ou clínicas particulares. As características próprias do município, entre elas a Faculdade de Medicina, oferecendo médicos anualmente, e o número de indústrias, estimulando a criação de convênios de saúde, justificariam este resultado.

No HC-FMB/UNESP a assistência à gestação foi diferenciada por atendimento de maior número de gestantes nos limites superiores das faixas etárias e percentual elevado de múltiparas e portadoras de risco perinatal. A maioria das gestantes com menor risco reprodutivo, determinado pelo fator idade (entre 19 e 35 anos), foi acompanhada no pré-natal das unidades básicas de saúde (UBS). Aquelas de risco reprodutivo, pela idade superior a 35 anos, foram referenciadas em maior proporção para o serviço de atenção terciária, corresponderam 10% dessas contra 4% daquelas com idade entre 19 e 35 anos. A idade e a paridade são características reconhecidamente relacionadas e determinantes como fatores de riscos maternos e perinatais na década passada, porém, no estudo de Parada e Pelá (1999) as autoras destacam que esses fatores não devem ser considerados isoladamente, ou seja, sem levar em consideração as condições de vida da mulher.

A literatura aponta como fator de risco gestacional as faixas etárias limítrofes, adolescentes com menos de 19 anos e gestantes idosas com mais de 35 anos. Às adolescentes associam-se o baixo peso dos neonatos, a prematuridade e a hipertensão gestacional, com todas as suas repercussões maternas e perinatais. Nas gestantes idosas os efeitos adversos são decorrentes de complicações clínicas comuns à idade, entre eles, a hipertensão arterial crônica, o diabetes tipo 2 e as cardiopatias. Associadas a estas e outras patologias próprias da gestação, como as síndromes hemorrágicas, as alterações do desenvolvimento e oxigenação fetal e as malformações caracterizam maior risco para o feto e recém-nascido e resultam em elevado percentual de morbimortalidade perinatal (KILSETAJN *et al.*, 2001; MELO, 2003; TASE, 2000).

Apesar do que se discute na literatura o presente estudo obteve resultados que chamam a atenção para o grande percentual de gestantes adolescentes e primigestas que receberam assistência no pré-natal e parto no serviço de baixo risco. Confirmando que tal fato é constante em nosso município os resultados obtidos no estudo de Abade (1999) apresentaram 20% de gestantes adolescentes e primíparas atendidas no HC-FMB/UNESP, as quais, em sua maioria, sem riscos e que apresentavam desempenho obstétrico adequado e comparável ao observado em faixas etárias entre 19 e 35

anos, justificando o atendimento em nível de menor complexidade. (COIMBRA; SILVA, 2000; TREVISAN *et al.*, 2002; ABBADE *et al.*, 1999).

Em relação à paridade, o presente estudo revela maior proporção de primíparas, atendidas no serviço de baixo risco correspondendo a 52,5% *versus* 39,0% atendidas na assistência de alto risco, e maior percentual de mulheres com pelo menos três partos foi assistido no alto risco sendo 33,5% *versus* 21,9%. (COIMBRA; SILVA, 2000; TREVISAN *et al.*, 2002).

Vale destacar que entre o total das parturientes atendidas no serviço de alto risco a falta de assistência pré-natal foi mais comum (5,4% *versus* 3,3%), ainda que em número reduzido. Maior proporção das assistidas no baixo risco confirmou frequência em pelo menos cinco consultas de pré-natal (86,5% *versus* 79,2%). Esses resultados são corroborados por Calderon *et al.* (1999) cujo estudo atribui os riscos de prematuridade (RR = 2,14) e de morte neonatal (RR = 9,85) à realização de menos de cinco consultas no pré-natal.

A assistência pré-natal tem fundamental importância para assegurar a saúde materna e fetal e o menor risco perinatal. A literatura específica, recomendada nos manuais técnicos do Ministério da Saúde, atribui ao pré-natal à identificação de riscos e a consequente prevenção de complicações no parto, puerpério e período neonatal. Estes fatores refletem-se na eficácia da assistência obstétrica (ALTHABE, 2002; COIMBRA, 2000; KILSETAJN, *et al.*, 2001; SÃO PAULO, 2002; SCHIMMER *et al.*, 2000; TREVISAN *et al.*, 2002).

O Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido no município de Botucatu garantiu número mínimo de cinco consultas pré-natais para a maioria das gestantes. Dessa forma, despeito do que foi oferecido, maior percentual delas, que não fez pré-natal e que não atingiu o número adequado de consultas, teve atendimento ao parto no serviço de referência para risco obstétrico, justificando os resultados de atendimento nesse tipo de serviço.

A grande maioria da população que fez pré-natal foi distribuída entre os dois serviços avaliados e a assistência ao parto foi relacionada ao nível de atenção prestada durante a gestação. O pré-natal de referência determinou que maior número de partos de risco fosse realizado no HC-FMB/UNESP. Esta relação também se confirmou na rede básica e influenciou a ocorrência predominante de partos de baixo risco no HR-ABHS.

Quanto ao local de realização, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram responsáveis pela assistência pré-natal de 69,5% das gestantes que pariram no serviço secundário.

No pré-natal do HC-FMB/UNESP a população de gestantes com parto assistido no alto risco equivaliu a 42,7% e apenas 10,7% teve assistência ao parto no serviço de baixo risco (Tabela 1).

Tabela 1. Número (n) e porcentagem (%) de partos, de acordo com algumas características – idade e paridade maternas, número de consultas e local da assistência pré-natal (PN), diferenciados nos serviços de atendimento ao parto de baixo e alto risco.

	BAIXO RISCO		ALTO RISCO	
	n	%	n	%
Idade (anos)*				
< 19	260	24,9a ₁	362	26,9a ₁
19 – 35	744	71,1a ₂	843	62,7b ₂
> 35	43	4,0a ₃	140	10,4b ₃
Paridade (número)*				
1	550	52,5a ₄	525	39,0b ₄
2	268	25,6a ₅	369	27,5 a ₅
≥ 3	229	21,9a ₆	451	33,5b ₆
Consultas PN (número)				
0	34	3,3a ₇	73	5,4b ₇
1 – 4	107	10,2a ₈	207	15,4b ₈
≥ 5	906	86,5a ₉	1065	79,2b ₉
Local PN*				
Não realizado	34	3,3a ₁₀	73	5,4b ₁₀
UBS ¹	728	69,5a ₁₁	563	41,9b ₁₁
FMB/Unesp ²	112	10,7a ₁₂	574	42,7b ₁₂
Outro	173	16,5a ₁₃	135	10,0b ₁₃
Total	1047	43,7	1345	56,3

¹UBS – Unidades Básicas de Saúde; ²FMB/UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP *valores seguidos de mesma letra e índice não diferem entre si ao nível de 5% de probabilidade ($p > 0,05$).

A frequência de cesárea foi de 26,0% (272/1047) no baixo risco e de 36,0% (484/1345) no alto risco. Entre os 1636 partos por via vaginal, a aplicação de fórceps foi mais comum no serviço terciário, com ocorrência de 12,4% (107/861); no serviço de atendimento ao parto de baixo risco esta proporção foi de 2,8% (22/775) (Figuras 1 e 2).

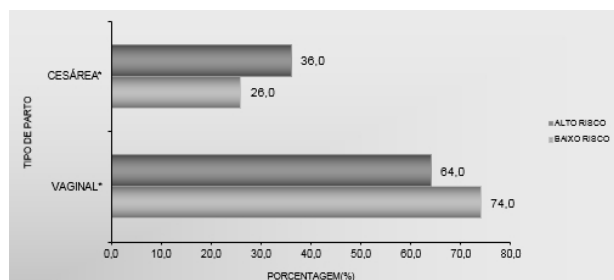


Figura 2. Percentual (%) de partos, de acordo com o tipo vaginal ou cesárea, diferenciados nos serviços de atendimento ao parto de baixo e alto risco.

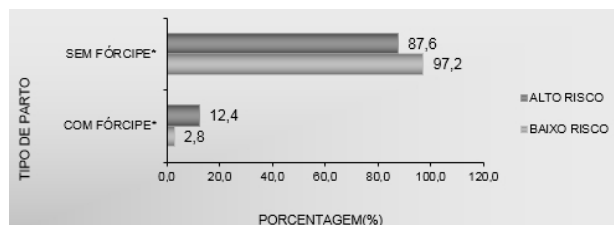


Figura 3. Percentual (%) de partos vaginais, de acordo com a aplicação de fórceps, diferenciados nos serviços de atendimento de baixo e alto risco. *diferença significativa ($p < 0,05$).

Do total das 756 cesáreas, 272 foram realizadas no HR-ABHS e 484 no HC-FMB/UNESP. Algumas indicações diferenciaram o nível de atendimento as distócias e outras indicações foram mais comuns no serviço de nível secundário respectivamente, 40,8 e 10,7%. O sofrimento fetal foi mais diagnosticado no serviço terciário (20,7% versus 12,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Número (n) e porcentagem (%) de partos cesárea, de acordo com as respectivas indicações, diferenciados nos serviços de atendimento ao parto de baixo e alto risco.

	BAIXO RISCO		ALTO RISCO	
	n	%	n	%
Absolutas*	83	30,5a ₁	177	36,6a ₁
Distócias*	111	40,8a ₂	149	30,8b ₂
Maternas e/ou obstétricas*	15	5,5a ₃	50	10,3a ₃
Sofrimento fetal*	34	12,5a ₄	100	20,7b ₄
Outras indicações*	29	10,7a ₅	8	1,6b ₅
Total	272	36,0	484	64,0

*valores seguidos de mesma letra e índice não diferem entre si ao nível de 5% de probabilidade ($p > 0,05$).

Os índices de cesárea e parto vaginal de um país ou região são diferenciados pelo desenvolvimento econômico e sociocultural, pela qualidade de assistência prestada à saúde e pelo perfil dos profissionais que fazem atendimento à gestante, parturiente e puerpera. Na Holanda a taxa de cesárea é inferior a 10%, os partos de baixo risco são acompanhados por obstetristas e cerca de 36% deles têm atendimento domiciliar (YAZELE *et al.*, 2001). Apesar dos 32,0% de cesárea previamente confirmados, o Brasil apresentou queda destes índices, chegando a 25,0% no ano de 2001 (ALTHABE, 2002).

A discussão sobre a via de parto desdobra-se em inúmeras controvérsias, dependentes de opiniões pessoais, resultados compreendidos como benéficos ou adversos e, sobretudo, de questões políticas, religiosas e culturais. De acordo com alguns autores, o parto vaginal é o método natural do nascimento, geralmente associado a níveis consideráveis de ansiedade para a futura mãe, a família e, muitas vezes, para o médico. A cesárea, principalmente aquela com data marcada, poderia reverter a ansiedade, mas favorece complicações mais sérias e frequentes que o parto natural (BRASIL 2001; MELO, 2003). Justificáveis ou não, estes índices são indicadores da qualidade de assistência materna e neonatal. As elevadas taxas de cesárea já nos conferiram o título de campeão mundial de cesáreas e fez com que o Ministério da Saúde, em seu papel normatizador, implementasse diversas ações para a melhoria da assistência obstétrica em nosso país (BRASIL, 2001a).

A comparação das taxas de cesárea e parto vaginal entre os dois serviços avaliados neste trabalho foi o resultado que melhor confirmou a efetividade do Programa

e a validade do atendimento hierarquizado e, consequentemente, mais humanizado. O HR-ABHS teve 26,0% de cesáreas, índices aceitáveis para o nosso país, apesar de superior aos 15,0% recomendados pela OMS (GARDENAL, 2002). No serviço de alto risco estas cifras atingiram 36,0%, justificáveis pelas características do serviço, mas que poderiam melhorar. Uma estratégia adequada seria melhorar a abrangência e a qualidade da assistência pré-natal nos outros 30 municípios da atual DIR-XI, beneficiados pelo atendimento ao parto de baixo e alto risco nos serviços avaliados. (MAESTÁ *et al.*, 2002; SÃO PAULO MUNICIPAL DA SAÚDE, 2002).

Os dois serviços de assistência ao parto foram diferenciados pela ocorrência de 40,8% de distócias e 10,7% de outras indicações no baixo risco e por 20,7% de sofrimento fetal agudo (SFA), mais diagnosticado no alto risco. Independentemente do nível de atenção, as distócias e o SFA são apontados na literatura como as causas mais comuns de cesárea (MAESTA *et al.*, 2002; YAZELE *et al.*, 2001). Neste trabalho o SFA e as outras indicações confirmaram o grau de complexidade de atendimento. No HC-FMB/UNESP o percentual de SFA, relacionado a causas maternas e/ou obstétricas, justificou a necessidade de atendimento especializado.

Apesar do esperado percentual de distócias no baixo risco, 10,7% das causas de cesárea foi relacionada como “outras”, incluindo a preferência da gestante pela via de parto. Sem entrar no mérito, este tipo de indicação não é considerado no HC-FMB/UNESP, principalmente, por se tratar de um hospital universitário. A adoção de estratégias, como a preparação para o parto durante o pré-natal e a instituição da segunda opinião de cesárea, deverá prevenir estas discrepâncias e reverter em queda mais acentuada dos índices de cesárea no HR-ABHS. (BRASIL, 2001b).

As características próprias de um centro de ensino médico e formação profissional poderiam também justificar as maiores taxas de aplicação de fórceps no serviço de referência para o alto risco obstétrico e neonatal. Entretanto, cabe ressaltar que estes resultados, relacionando 12,4% de partos vaginais com uso de fórceps no

HC-FMB/UNESP, não estão distantes dos 15% criticados pela literatura. O parto instrumental, a prova de trabalho de parto em gestantes com cesárea prévia e a versão cefálica externa em apresentações pélvicas no termo são estratégias mundialmente estimuladas para conter os índices crescentes de cesárea (ALTHABE, 2002).

A maioria dos recém-nascidos vivos foi de termo, com peso entre 2500 e 4000 g e índices de Apgar iguais ou superiores a 7 do primeiro ao quinto minuto de vida, independentemente do nível de atendimento ao parto. Os prematuros e de baixo peso nasceram em maior proporção no serviço de referência para o alto risco, apresentando frequência de 26,0% e 23,0% respectivamente. Da

mesma forma, maior proporção de recém-nascidos com índices de Apgar inferiores a 7 no primeiro e quinto minutos de vida foi atendida no HC-FMB/UNESP, respectivamente, 20,0% e 16,7% (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Número (n) e porcentagem (%) de recém-nascidos (RN) vivos, de acordo com idade gestacional e peso ao nascimento, diferenciados nos serviços de atendimento de baixo e alto risco.

	BAIXO RISCO		ALTO RISCO	
	n	%	n	%
Idade ao Nascimento*				
< 37 semanas	120	11,5a ₁	352	26,0b ₁
≥ 37 semanas	922	88,5a ₂	999	74,0b ₂
Peso RN*				
< 2500g	56	5,4a ₃	311	23,0b ₃
2500 – 4000g	935	89,7a ₄	1005	74,4 b ₄
≥ 4000g	51	4,9a ₅	35	2,6b ₅
Total	1042	43,7	1351	56,3

*valores seguidos de mesma letra e índice não diferem entre si ao nível de 5% de probabilidade (p > 0,05).

Tabela 4. Número (n) e porcentagem (%) de recém-nascidos vivos, de acordo com os índices de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, diferenciados nos serviços de atendimento ao parto de baixo e alto risco.

	BAIXO RISCO		ALTO RISCO	
	n	%	n	%
Apgar 1º min*				
< 7	14	1,4a ₁	270	20,0b ₁
≥ 7	820	78,6a ₂	1081	80,0a ₂
Não avaliado	163	15,7	—	—
Sem dados	45	4,3a	—	—
Apgar 5º min*				
< 7	6	0,6a ₃	225	16,7b ₃
≥ 7	877	84,2a ₄	1126	83,3a ₄
Não avaliado	114	10,9	—	—
Sem dados	45	4,3	—	—
Total	1042	43,7	1351	56,3

*valores seguidos de mesma letra e índice não diferem entre si ao nível de 5% de probabilidade (p > 0,05).

De modo geral, os resultados neonatais foram satisfatórios e se diferenciaram nos graus de complexidade de atendimento ao parto. A maioria dos recém-nascidos vivos foi de termo, com peso adequado e livre de hipóxia intrauterina e neonatal. Apesar disso, a complexidade do nível de atenção foi diferenciada por estes indicadores. No alto risco observou-se predomínio da prematuridade, do baixo peso ao nascimento e de índices de Apgar <7 no primeiro e quinto minutos de vida. Estas complicações neonatais são próprias de um serviço de atendimento terciário, assim como os maiores percentuais de alta do recém-nascido após o sétimo dia, indicador indireto da morbidade neonatal (MELO, 2003; PARADA; PELÁ, 1999).

O Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido

do Município de Botucatu apresentou resultados favoráveis e diretamente relacionados ao atendimento hierarquizado nos níveis de atenção secundária e terciária. No entanto, a dificuldade de extensão do Programa aos outros municípios da DIR–XI influenciou alguns indicadores da qualidade do nível de atenção primária, que pode ser melhorada.

A glicemia de jejum associada a fatores de risco são rastreadores do diagnóstico e do tratamento do diabetes na gestação, prevenindo o crescimento fetal exagerado e as complicações neonatais decorrentes. Estas condutas favoreceram os menores índices de macrossomia do serviço terciário, a despeito da referência para assistência a gestantes portadoras de diabetes. O pré-natal abrangente e adequado contribui para a prevenção complicações maternas, fetais e neonatais (ALTHABE, 2002; BERTANHA, 2001; CALDERON *et al.*, 1999; MASCARO, 2002; PARADA; PELÁ, 1999; SÃO PAULO MUNICIPAL DA SAUDE, 2002). A extensão e padronização da assistência pré-natal para todas as UBS da DIR–XI deverão reverter estes resultados.

A falta de avaliação nos índices de Apgar, exclusiva do serviço de baixo risco, foi relacionada à ausência do neonatologista na sala de parto. Este direito da mãe e do recém-nascido está previsto no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, desde julho de 2000. (BRASIL, 2002). O direito ao atendimento humanizado e a conscientização profissional deverão contornar este problema.

Para a maior parte dos recém-nascidos o intervalo máximo entre o nascimento e a alta foi de três dias, independentemente das características do serviço. No baixo risco prevaleceu a alta até três dias (95,3% vs 63,0%) e no alto risco, a alta hospitalar após o sétimo dia de vida (15,3% versus 1,0%) (Figura 4).

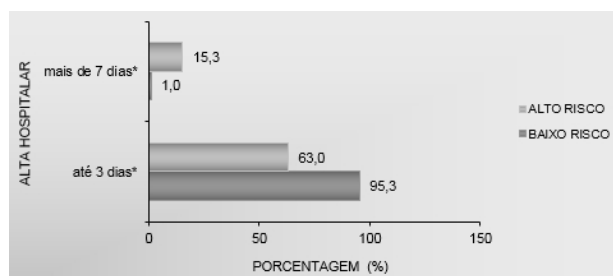


Figura 4. Percentual (%) de recém-nascidos vivos, de acordo com o tempo de alta hospitalar, diferenciados nos serviços de atendimento de baixo e alto risco

No ano de 1999, foram registrados três casos de morte materna. Um deles aconteceu no serviço secundário, por acidente anestésico e de causa indireta. Os outros dois foram assistidos no serviço terciário (HC–FMB/UNESP), relacionados à pré-eclâmpsia (causa direta) e hipertensão arterial crônica (causa indireta). A razão de Morte Materna Hospitalar (RMM–H) do Programa foi de 125,4 óbitos maternos / 100 000NV. Os

17 óbitos neonatais, confirmados até o sétimo dia de vida, foram atendidos no serviço de alto risco, resultando em coeficiente de mortalidade perinatal precoce (CMPN–I) de 23 óbitos / 1000NV.

4. CONCLUSÃO

Os resultados do Programa de Assistência ao Parto e Recém-nascido no Município de Botucatu comprovaram que, durante o ano de 1999, o atendimento ao parto foi caracterizado pelos níveis de atenção secundária e terciária. Foram indicadores da efetividade da hierarquização:–

1. o maior número de gestantes idosas e múltiparas com assistência ao parto no serviço de alto risco;
2. a relação direta entre ausência ou número insuficiente de consultas e pré-natal no alto risco e assistência ao parto no serviço de maior complexidade;
3. a adequação nos índices e indicações de cesárea ao nível de atendimento no parto;
4. o predomínio de recém-nascidos de termo e peso adequado, com índices de Apgar >7 e alta hospitalar em 72 horas pós-parto no serviço de baixo risco;
5. o número e as causas de mortes maternas, compatíveis com o serviço de referência para o alto risco obstétrico;
6. o obituário neonatal precoce exclusivo do alto risco, que confirmou não só o processo de hierarquização como a integração indispensável entre os dois serviços de assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

- [1] ABBADE, J.F. *et al.* Gravidez da adolescência – influência da idade materna nas complicações maternas e neonatais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 48., 1999, Goiânia. Anais... Goiânia, 1999.
- [2] ALTHABE, F. Segunda opinião como estratégia para redução das cesáreas. In: IMPÓSIO INTERNACIONAL “CESÁREA: AVALIAÇÃO E PROPOSTA DE AÇÃO”, 2002, Campinas. Comunicação oral... Campinas, 2002. p.8-10.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção institucional ao parto: parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001a. Cap.2, p.17-25.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Gestante de alto risco: manual de alto risco. 3.ed. Brasília, 2001b.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002. p.6-13.
- [6] BEREZOWSKI, A.T. *et al.* Mortalidade materna – índices da região de Botucatu. In: FAUNDES, A.; CECATTI, J.G. Morte materna: uma tragédia inevitável. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1991. p.151-165.
- [7] BERTANHA, CE. Repercussões de um programa multidisciplinar de preparo para o parto e maternidade: ansiedade

- materna e resultados perinatais. 2001. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2001.
- [8] CALDERON, I.M.P. *et al.* The importance of prenatal care for the perinatal diagnosis of adolescent mothers. In: WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE, 4., 1999. Proceedings... Buenos Aires, 1999a.
- [9] CALDERON, I.M.P. *et al.* Estudo longitudinal, bioquímico e histoquímico de placentas de ratas diabéticas: relação com a macrosomia e o retardo de crescimento ultra uterino. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 21, p.91-98, 1999b.
- [10] COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M. Características das mulheres e assistência pré-natal. In: ALVES, M.T.S.S.B.; SILVA, A.A.M. Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém nascido no Sistema Único da Saúde. São Luis: Gráfica Universitária UFMA, 2000. p.25-30.
- [11] CUNNINGHAM, F.G. *et al.* Preterm birth. In: CUNNINGHAM, F.G.; WILLIAMS, J.W. (Eds.). *Williams Obstetrics*. 20.ed. Stamford: Appleton & Lange, 1997. p.797-826.
- [12] CURI, P.R. Metodologia e análise da pesquisa em ciência biológicas. Botucatu: Tipomic, 1998. 263p.
- [13] ARDENAL, I. Brasil comemora perda de um recorde: o de cesárea em 2001. *Jornal da Unicamp*, Campinas, 2-8 set. 2002.
- [14] KILSETAJN, S. *et al.* Assistência pré-natal baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. São Paulo: LES/PUC, 2001. (Texto para discussão 15/2001).
- [15] MAESTÁ, I. *et al.* Hierarquização da assistência ao parto e recém-nascido no município de Botucatu. In: CONGRESSO PAULISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA SOGESP, 8., 2002, São Paulo. Anais... São Paulo: SOGESP, 2002. p.21.
- [16] MASCARO, M.S. Influência do controle metabólico materna nos resultados da cardiografia anteparto e sua relação com o prognóstico perinatal, nas gestações complicadas pelo diabetes. 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2002.
- [17] MELO, C.R.M. Parto: mitos construídos, mitos em construção. Bauru: Edusc, 2003.
- [18] PARADA, C.M.G.L.; PELÁ, N.T.R. Idade materna como fator de risco: estudo com primigesta na faixa etária igual ou superior a 28 anos. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v.7, p.57-64, 1999.
- [19] RUDGE, M.V.C.; CALDERON, I.M.P. Hierarquização da assistência obstétrica e neonatal no município de Botucatu. In: CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP, 1., 1999, Botucatu. Anais... Botucatu, 1999. p.267-268.
- [20] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Gerência de Informação Epidemiológica. Perfil dos nascidos vivos no município de São Paulo. São Paulo, 2002. p.1-13.
- [21] SCHAWREZ, R. *et al.* Atenção ao pré-natal e ao parto de baixo risco. Montevideu, 1996. (Publicação Científica CLAP, n.1321).
- [22] SCHIMER, J. *et al.* Medida de peso. In: _____. Assistência pré-natal: manual técnico. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.31-34.
- [23] TASE, T.H. Caracterização das mulheres atendidas em um hospital-escola referência para gestação de alto risco. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- [24] TREVISAN, M.R. *et al.* Perfil da assistência Pré-natal entre usuárias do SUS em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.24, p.293-299, 2002.
- [25] YAZELE, M.E.H.D. *et al.* Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da Assistência ao Parto. *Rev. Saúde Pública*, v.35, p.202 -206, 2001.