



## Parto sem assistência na área do Hospital de São Bernardo (Setúbal)

Daniel Virella, Alexandra Emílio, Ana Rodrigues, Victor Hugo Neves, Marisa Vicente, Maria da Conceição Rendeiro

Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo, Setúbal

### Resumo

**Contexto:** O sucesso da universalização dos cuidados perinatais é difícil na Subregião de Saúde de Setúbal. Os partos sem assistência (PSA) são um marcador de insucesso.

**Objectivo:** Compreender o fenómeno dos partos sem assistência e sugerir estratégias de actuação.

**Metodologia:** Estudo populacional observacional, de base hospitalar, referente ao período entre 1997 e 2002. Utilizaram-se os critérios de “parto sem assistência” definidos pela Direcção Geral da Saúde (DGS). Determinaram-se a prevalência do PSA na área do Hospital de São Bernardo (HSB), a morbilidade e mortalidade neonatal precoces e os factores clínicos e sociais associados.

**Resultados:** Dos 14.978 recém-nascidos registados nos seis concelhos da área do HSB identificaram-se 120 PSA (0,8%). Os Concelhos de Grândola (1,9%), Santiago do Cacém (2,7%) e Sines (3,3%) ultrapassam largamente a taxa global. A necessidade de cuidados especiais neonatais nos casos de PSA foi superior à geral do HSB, particularmente entre os provenientes dos Concelhos de Setúbal e Sines. Nos Concelhos de Setúbal e Palmela, os mais urbanos da região, identificámos casos com perfil de risco eminentemente social: gestações não vigiadas, toxicod dependência e ausência de tentativa de chegar ao HSB para o parto. Os casos dos Concelhos de Grândola e Santiago do Cacém, os mais rurais, apresentaram um perfil de risco fundamentalmente geográfico: gestações sem risco, com intenção de parto hospitalar. Os casos do Concelho de Sines apresentaram um perfil misto.

**Conclusões:** O PSA é um problema real na área estudada, devido às características geográficas e populacionais. Os concelhos meridionais apresentam o maior risco. É necessária uma intervenção socio-económica e educacional nos Concelhos de Setúbal, Palmela e Sines, mas o risco geográfico manter-se-á enquanto existir a mesma organização dos cuidados de saúde perinatais na Subregião. A resolução do problema é complexa, passando pela necessidade de prevenção multidisciplinar nas áreas urbanas e suburbanas e a procura de soluções para as populações residentes em zonas distantes.

**Palavras-chave:** parto sem assistência, risco geográfico, risco social.

*Acta Pediatr Port 2007;38(1):18-22*

### Deliveries without medical care in the influence area of Hospital de São Bernardo (Setúbal)

#### Abstract

**Context:** Achievement of universal full perinatal care fails in the Administrative Health Subregion of Setúbal. The Unassisted Delivery (UAD) Index is used as an official indicator of perinatal care.

**Objective:** To understand the *phenomenon* of UAD and to find clues to fight it.

**Methods:** Observational hospital-based, population study (1997 to 2002). The General Directorate of Health official definition of Unassisted Delivery was used. Prevalence of UAD was determined, as well as associated early neonatal mortality and morbidity and related clinical and social aspects.

**Results:** Among 14.978 newborns officially registered on these six counties, 120 UAD were identified on the registers of Hospital de São Bernardo (HSB) (0,8% of the newborns). In Grândola (1,9%), Santiago do Cacém (2,7%) and Sines (3,3%) the global index was surpassed by large. Among these babies, special neonatal care was needed more frequently than the average on HSB, especially among those from the counties of Setúbal and Sines. In Setúbal and Palmela counties, the Region's most urban areas, the risk profile was eminent social: unassisted pregnancies, drug addiction and delivery without trying to reach HSB. Grândola and Santiago do Cacém, mostly rural counties, had a geographic risk profile: uneventful gestations with intention of hospital delivery. Sines County shows a mixed risk profile, presenting characteristics of both former groups.

**Conclusions:** UAD is a real problem in this region, due both to geographic and population factors. The southern counties

**Recebido:** 22.06.2006

**Aceite:** 07.02.2007

**Correspondência:**

Daniel Virella  
danielvirella@oninetspeed.pt

present the higher risk. The existence of two very different orders of problems requires two different strategic approaches. Socio-economic and educational interventions are required for Setúbal, Palmela and Sines. Reorganisation of the perinatal care network is probably needed to reduce the geographic risk. The solution to the problem will require a multidisciplinary prevention plan for the urban and suburban areas as well as working out a strategy for residents on distant areas.

**Key words:** delivery without perinatal care; geographic risk; social risk.

Acta Pediatr Port 2007;38(1):18-22

### Contexto

Portugal viveu nos últimos vinte anos uma diminuição radical das taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, passando de níveis próprios de país em vias de desenvolvimento para indicadores adequados a um estado desenvolvido da União Europeia<sup>1,2</sup>. A fórmula do êxito do progresso dos cuidados perinatais em Portugal, referido internacionalmente como exemplar, incluiu uma política clara de regionalização de cuidados na gravidez e no parto, com encerramento das maternidades com menos de mil partos por ano e o estabelecimento de regras para a referenciação atempada das grávidas de risco para hospitais de apoio perinatal (HAP) ou com apoio perinatal diferenciado (HAPD)<sup>3-5</sup>.

O Hospital de São Bernardo (HSB), em Setúbal, serve os concelhos orientais e meridionais deste Distrito (Palmela, Setúbal, Alcácer do Sal, Santiago do Cacém, Grândola e Sines). Os cuidados primários às grávidas são feitos nos centros de saúde ou em consultórios particulares, não havendo na área qualquer clínica particular onde se realizem partos. Todas as parturientes desta área devem ser referenciadas ao HSB, com atribuições de HAP, de onde, se necessário, serão enviadas para um HAPD. Existem ainda na região três hospitais de nível I ou centros de saúde com internamento, sem cuidados perinatais (Palmela, Alcácer do Sal e Grândola), onde no passado recente nasceram rotineiramente crianças.

Nascem por ano cerca de 2.200 crianças no HSB, a maioria de mães residentes na área descrita, mas uma parte importante provém de concelhos vizinhos, particularmente Sesimbra, Barreiro, Montijo e Vendas Novas<sup>6</sup>.

A área do HSB possui condições que dificultam o sucesso da universalização dos cuidados perinatais. Dois factores são particularmente marcantes: a evidente dispersão geográfica da população, estando os dois concelhos mais distantes, Grândola e Sines, a cerca de 100 Km de Setúbal (Figura 1); e a existência de importantes núcleos urbanos de pobreza e marginalização social (imigração ilegal, toxicod dependência), não apenas nos Concelhos de Setúbal e Palmela, mais próximos do HSB, mas também em Vila Nova de Santo André e Sines, os núcleos urbanos mais distantes.

A Direcção Geral de Saúde (DGS) define partos sem assistência (PSA) os “realizados sem assistência de médico, e/ou enfermeira com especialidade em saúde materna e obstétrica e/ou parteira”<sup>7</sup>. É um dos indicadores utilizados na avaliação



**Figura 1** – Área geográfica de influência do Hospital de São Bernardo (Setúbal), com as distâncias das sedes de Concelho abrangidas à cidade de Setúbal. O núcleo urbano mais afastado de Setúbal é a vila de Cercal do Alentejo, no Concelho de Santiago do Cacém, a cerca de 140 quilómetros do Hospital de São Bernardo.

da saúde perinatal, através da percentagem de partos sem assistência, número de partos realizados sem assistência de médico, e/ou enfermeira com especialidade em saúde materna e obstétrica e/ou parteira, por cada 100 partos.

Por estimar-se cerca de 20 a 30 PSA anuais de residentes na área do HSB, número que representaria cerca de 1 a 2 % dos partos de residentes na área, uma proporção indubitavelmente excessiva, decidiu-se verificar a veracidade desta estimativa e analisar os casos identificados.

Com o objectivo de encontrar pistas que permitam compreender o fenómeno e sugerir estratégias de actuação, determinámos a prevalência do PSA na área do HSB, verificámos a morbilidade e mortalidade neonatal e os factores clínicos e sociais associados.

### População e Métodos

Desenhou-se um estudo retrospectivo observacional, populacional, de base hospitalar (HSB), referente aos seis anos entre 1997 e 2002. Os objectivos definidos foram: a) determinar a taxa de prevalência do parto sem assistência (PSA) entre as parturientes da área do HSB; b) determinar as taxas de mortalidade e morbilidade neonatal precoce dos PSA; c) determinar o risco associado à residência nos concelhos mais distantes do HSB e a problemas sociais; d) determinar possíveis pontos de intervenção para reduzir o número de PSA.

As hipóteses de trabalho colocadas foram de que a prevalência de PSA na área do HSB, no período em estudo, era supe-

rior à esperada (0,5%) e de que a maior parte dos casos de PSA se deveriam a factores geográficos (distância entre local de residência e o HSB) e/ou a risco social (gestação não desejada - GND, gestação desconhecida - GD, ou gestação não vigiada - GNV).

Definiu-se a população em estudo como a de parturientes e recém-nascidos (RN) residentes na área do HSB no período de tempo referido, definida pelo facto do parto ter ocorrido no HSB ou terem a ele sido levados imediatamente após o parto.

Os casos foram identificados através da consulta dos registos de admissão na Maternidade (sala de Partos) e do registo de admissão na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), pelos seguintes critérios: a) referência a parto no domicílio, via pública, ambulância, centro de saúde ou hospital sem apoio perinatal, após as 25 semanas de gestação ou com expulsão de feto com mais de 500g; ou b) referência a internamento de RN trazido para o HSB ou encontrado abandonado, sem evidência a cuidados neonatais hospitalares (nomeadamente, mola de clampagem do cordão).

Foram incluídos os casos de admissão no HSB, após o parto, de mãe e filho ou apenas mãe, se o RN falecera ou fora transferido para outro hospital, ou apenas do recém-nascido.

Foi solicitado à Subregião de Saúde de Setúbal o número anual de RN registados, nos anos em estudo, nos Concelhos de Palmela, Setúbal, Alcácer do Sal, Santiago do Cacém, Grândola e Sines. Ao Serviço de Pediatria do Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), utilizado frequentemente pela população dos Concelhos de Grândola, Sines e Santiago do Cacém, foi solicitado o número de PSA identificados anualmente no período em estudo, correspondentes a residentes nesses dois concelhos.

## Resultados

No período em estudo (1997-2002), foram registados 14.978 recém-nascidos nos seis concelhos da área do HSB, mais de metade dos quais no Concelho de Setúbal (Quadro I). Através dos registos do HSB, identificaram-se 120 nascimentos cumprindo os critérios de “parto sem assistência” definidos pela DGS, o que constitui 0,8% dos nascimentos. O número anual variou entre 13, em 2002, e 27, em 2000. O Quadro I mostra a sua distribuição pelos seis Concelhos em análise. Grândola, Santiago do Cacém e Sines ultrapassam largamente a taxa global, respectivamente dobrando-a (1,9%), triplicando-a (2,7%) e quadruplicando-a (3,3%). Em números absolutos, entre os recém-nascidos registados no Concelho de Sines identificámos tantos PSA como no Concelho de Setúbal, apesar de terem nascido dez vezes menos crianças; no Concelho de Santiago, onde foi registado um número de crianças seis vezes menor do que em Setúbal, o número de PSA identificado foi 18% superior. Verificámos uma poderosa correlação linear entre a distância da residência ao HSB e a frequência relativa de ocorrência de PSA ( $r=0,96$ ).

A morbidade dos PSA, avaliada pela necessidade de cuidados especiais neonatais (intensivos ou intermédios), também mostrou uma frequência superior à geral do HSB (cerca de 15% dos

RN), particularmente entre as crianças provenientes dos Concelhos de Setúbal e Sines (Quadro II). Também a taxa de mortalidade neonatal precoce verificada, 33,3‰ nados vivos, é superior à geral da Subregião de Saúde, cerca de 2‰ nados vivos neste mesmo período. É de salientar que, embora os dois óbitos referentes aos Concelhos de Setúbal e de Santiago fossem em recém-nascidos com menos de 30 semanas de gestação, as duas crianças provenientes do Concelho de Sines, falecidas após PSA, tinham idades gestacionais de 34 e 36 semanas.

**Quadro I** – Número total de nascimentos por Concelho de Residência, no período 1997-2002, número absoluto de partos sem assistência (PSA) e número relativo de PSA, por Concelho de Residência e no total da área de influência do Hospital de São Bernardo (Setúbal). A proporção aumenta significativamente com a distância à Cidade de Setúbal ( $r=0,96$  ;  $p=0,002$ ).

	Número de Nascimentos	Número de PSA	Proporção de PSA
Setúbal	7.806	27	0,35%
Palmela	3.702	15	0,4%
Alcácer	656	4	0,6%
Grândola	743	14	1,9%
Santiago	1.310	35	2,7%
Sines	761	25	3,3%
Total	14.978	120	0,8%

**Quadro II** – Necessidade de cuidados neonatais diferenciados e mortalidade dos recém-nascidos de parto sem assistência (PSA), por Concelho de Residência (1997-2002), em números absolutos e como taxas de internamento (em percentagem) e taxas de mortalidade (em per milagem), assim como a referência à idade gestacional dos óbitos.

Concelho de residência	Internamento na UCEN	Internamento em UCIN	Óbitos
Setúbal	11 (40,7%)	1 (3,7%)	1 (37,0‰) (26 S)
Palmela	1 (6,6%)	-	-
Alcácer	-	-	-
Grândola	1 (7,1%)	-	-
Santiago	3 (8,6%)	1 (2,9%)	1 (28,6‰) (28 S)
Sines	7 (28%)	1 (4%)	2 (80‰) (36 S; 34 S)
Total	23 (19,2%)	3 (2,5%)	4 (33,3‰)

Legenda: **UCEN** – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais; **UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Analisando por concelho as características das gestações e parto dos casos de PSA (Quadro III), salientamos ter verificado frequências muito elevadas quer de gestação não vigiada (>40%) entre os casos de Setúbal, Grândola e Sines, quer de toxicod dependência (10-15%) entre os de Setúbal e Sines; os partos no domicílio predominaram entre os casos de Setúbal (82%) e Palmela (40%), enquanto que nos outros três concelhos predominaram os partos ocorridos a caminho do HSB.

Não obtivemos qualquer informação proveniente do Hospital José Joaquim Fernandes (Beja) que nos permitisse complementar os dados obtidos no HSB.

**Quadro III** – Análise das características clínicas e sociais associadas aos casos de parto sem assistência nos cinco Concelhos estudados (1997-2002). É possível agrupar os Concelhos em três subtipos populacionais, baseados na combinação de dois tipos de risco, geográfico e social.

Concelhos Urbanos Próximos do HSB (Setúbal e Palmela)	Partos no domicílio: S - 82%; P - 40%. Gravidez não vigiada: S - 43%; P - 23%. Gravidez ocultada: S - 24%; P - 8%. Toxicodependência: S - 10%; P - 0. Necessidade de UCIN/UCEN: S - 44%; P - 7%. Necessidade de intervenção da Assistência Social: S - 27%; P - 8%.	RISCO SOCIAL
Concelhos Rurais Distantes do HSB (Grândola e Santiago)	Partos no percurso para o HSB: G - 93%; ST - 91%. - Ambulância. - Hospital de Santiago do Cacém. - Centros de Saúde de Alcácer ou de Grândola. - Estação de Serviço (AE-A2). Gravidez não vigiada: G - 41,6%; ST - 17,5%. Casos de todas as paridades. Recorrência: 4%. Internamento do RN junto da mãe: 91%.	RISCO GEOGRÁFICO
Concelho Misto Distante do HSB (Sines)	Partos no percurso para o HSB: 96%. Toxicodependência: 15%. Gravidez não vigiada: 42%. De todas as paridades. Necessidade de intervenção da Assistência Social: 18%. Mortalidade: 80%.	RISCO MISTO

Legenda: **HSB** – Hospital de São Bernardo; **S** – Setúbal; **P** – Palmela; **G** – Grândola; **ST** – Santiago do Cacém; **UCIN** – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; **UCEN** – Unidades de Cuidados Especiais Neonatais; **AE** – autoestrada.

### Discussão

A frequência de partos sem assistência perinatal (PSA) é indubitavelmente superior na área de influência do HSB do que os valores globais nacionais no mesmo período <sup>1</sup>. No entanto, temos a certeza de que a dimensão do problema é ainda maior do que o quantificado, pois temos tido conhecimento directo de casos dos Concelhos de Grândola, Santiago e Sines, ocorridos na tentativa de chegar ao Hospital José Joaquim Fernandes (Beja). Infelizmente, a ausência de dados concretos destes casos não atendidos no HSB não nos permite fornecer os números reais e a análise completa de todos os casos ocorridos neste período de tempo.

Apesar desta ressalva, os dados recolhidos permitem com segurança identificar três zonas geográficas na área de influência do HSB com risco diferentes de PSA (Quadro III).

Nos Concelhos de Setúbal e Palmela, os mais urbanos da região, identificámos casos com perfil de risco eminentemente social: gestações não vigiadas, toxicodependência e ausência de tentativa de chegar a tempo ao HSB para o parto. A identificação destes factores condicionou uma intervenção frequente da Assistência Social. O conhecimento da realidade socio-económica destes dois concelhos deixava antever este facto.

Os casos dos Concelhos de Grândola e Santiago do Cacém, os mais rurais, apresentaram um perfil de risco fundamentalmente geográfico: as gestações são maioritariamente sem risco, houve tentativa de que o parto ocorresse em meio hospitalar e a taxa de recorrência foi de 4%. Apesar das dificuldades económicas que possam ocorrer nestas comunidades rurais, socialmente estão mais resguardadas dos riscos sociais dos grandes aglomerados urbanos do Norte da região.

O Concelho de Sines apresentou casos com um perfil de risco misto, com características comuns a ambos os grupos anteriores, devido quer à grande distância do HSB, quer aos graves problemas sociais vividos pela desenraizada população industrial da capital do Concelho (características partilhadas com a vizinha freguesia de Santo André, no Concelho de Santiago). Neste Concelho as prevalências de gestação não vigiada e de toxicodependência estiveram ao nível do Concelho de Setúbal, mas a grande maioria dos casos ocorreram no percurso para o HSB. A infeliz conjugação de factores geográficos e de risco social fez com que identificássemos o maior número e proporção de PSA da Região, assim como uma das maiores taxas de necessidade de cuidados neonatais diferenciados e a maior taxa de mortalidade neonatal. Neste aspecto, é de destacar que recém-nascidos com 34 ou 36 semanas de gestação, como foram os óbitos verificados entre os casos deste Concelho, têm em Portugal uma probabilidade de falecer muito baixa.

Devido à baixa natalidade e reduzido número de casos provenientes do Concelho de Alcácer do Sal, não nos aventuramos a caracterizar a sua situação além da constatação numérica.

Este estudo demonstra a existência de um importante problema de Saúde Pública na Subregião de Saúde de Setúbal, exigindo não apenas uma análise detalhada, mas também uma profunda reflexão sobre as suas causas e os aspectos nos quais é possível intervir.

Podemos desde já apontar duas ordens de problemas, que condicionam duas abordagens estratégicas diferentes. Por um lado, é necessária uma intervenção socio-económica e educacional nos Concelhos de Setúbal, Palmela e Sines, que passe

por uma actuação no campo, a vários níveis, mas visando preferentemente o planeamento familiar e a promoção da vigilância da gravidez em grupos sociais de risco. As principais condicionantes da efectividade destas intervenções são as carências de recursos económicos e humanos.

Por outro lado, o risco geográfico, apenas parcialmente sanável pela construção de melhores acessos rodoviários, manter-se-á enquanto existir a mesma organização dos cuidados de saúde perinatais na Subregião. No entanto, a distância e isolamento de algumas comunidades não é impeditivo da procura de soluções efectivas para o problema. De facto, existem exemplos de sucesso em zonas em que as distâncias são maiores e os acessos mais difíceis.

No nosso País, a Região Autónoma dos Açores aplicou um modelo de transferência programada de gestantes de termo das ilhas e comunidades mais isoladas para os HAP e HAPD da Região. O êxito do programa, embora ainda não publicado numa análise formal, foi-nos comunicado pessoalmente pelos agentes envolvidos. Na Noruega, nas comunidades mais distantes dos grandes centros urbanos, abriram-se maternidades com equipas especializadas de enfermagem para assistir aos partos que se prenunciam normais, existindo em paralelo um sistema de transporte rápido de emergência das parturientes de risco (comunicação pessoal).

Qualquer uma destas abordagens deveria ser analisada para a Região. No entanto, a baixa natalidade dos Concelhos meridionais do Distrito desaconselha a abertura de uma Maternidade formal na zona. A política de regionalização dos cuidados perinatais em Portugal, com redução do número de maternidades portuguesas, a centralização dos nascimentos em HAP e HAPD e as recomendações de referenciação programada demonstrou o seu êxito <sup>4,5</sup>. A reabertura de maternidades com menos de 500-1000 partos/ano seria o retrocesso desta política.

Embora a solução destes problemas organizacionais seja iminentemente política, nunca deve ser feita sem ter em conta a

evidência científica e muito menos ser feita contra dela.

### Conclusões

Os partos sem assistência perinatal (PSA) são uma realidade na área do HSB, devido às suas características geográficas e populacionais. Associam-se a maior morbi-mortalidade e frequente intervenção das estruturas de apoio social.

Os concelhos meridionais apresentam o maior risco, quer apenas pela distância à sede do Distrito (casos de Grândola e Santiago) quer pela concorrência de risco social acrescido (Sines).

A resolução do problema é complexa, passando por abordar os tipos diferentes de risco: a necessidade de prevenção multidisciplinar nas áreas urbanas e suburbanas e a procura de uma solução para as populações residentes em zonas distantes.

### Referências

1. Estatísticas da Saúde. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. Edições de 1996 a 2002.
2. Natalidade, mortalidade infantil e perinatal 1996-2000. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2001.
3. Plano Nacional de Cuidados de Saúde Materna e Neonatal. Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil. Lisboa, Junho de 1989.
4. Alegria A, Xavier JB, Virella D, Santos M, Andrade I, Peixoto JC. “O efeito da Regionalização dos Cuidados Perinatais” in “Nascer Prematuro em Portugal. Estudo Multicêntrico Nacional 1996-2000”. Prémio Bial de Medicina Clínica 2002. Porto, 2004; 55-63.
5. Rede de referenciação materno-infantil. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2001.
6. Santos M. Nascer no Hospital de S. Bernardo. *Acta Pediatr Port* 2001,1: 21-4.
7. Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2001.