

**Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Karla Maria Duarte Silva Oliveira
Alcides da Silva Diniz**



**DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, PARAÍBA, BRASIL:
análise da série histórica 2006-2010**

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Karla Maria Duarte Silva Oliveira
Alcides da Silva Diniz

.....
DECLARAÇÃO DE NASCIDO
VIVO NO MUNICÍPIO DE
CAJAZEIRAS, PARAÍBA,
BRASIL: ANÁLISE DA
SÉRIE HISTÓRICA
2006-2010
.....



Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Karla Maria Duarte Silva Oliveira
Alcides da Silva Diniz

.....

DECLARAÇÃO DE NASCIDO
VIVO NO MUNICÍPIO DE
CAJAZEIRAS, PARAÍBA,
BRASIL: ANÁLISE DA
SÉRIE HISTÓRICA
2006-2010

.....

Campina Grande



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

D585d Farias, Maria do Carmo Andrade Duarte de.
Declaração de nascido vivo no Município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil : uma análise da série histórica 2006 - 2010 / Alcides da Silva Diniz, Karla Maria Duarte Silva de Oliveira, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias. – Campina Grande: EDUFCG, 2014.
100 f. : il. color.

ISBN 978-85-8001-115-9

1. História. 2. Paraíba. 3. Brasil. I. Oliveira, Karla Maria Duarte Silva de. II. Farias, Maria do Carmo Andrade Duarte de. III. Diniz, Alcides da Silva. IV. Título.

CDU 911

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – EDUFCG
editora@ufcg.edu.br

Prof. Dr. José Edilson Amorim

Reitor

Prof. Vicemário Simões

Vice-Reitor

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves

Diretor Administrativo da Editora da UFCG

Viviana S. Ramos/ Jéssica L. R. Cavalcante & Délio J. D. Duarte

Editoração Eletrônica/Capa

CONSELHO EDITORIAL

CONSULTORIA E REVISÃO DE TEXTO

Antônia Arisdélia F. M. A. Feitosa (CFP) - Betânia Maria Pereira dos Santos (UFCG)
Benedito Antônio Luciano (CEEI) - Kennia Sibelly Marques de Abrantes (UFCG)
Consuelo Padilha Vilar (CCBS) - Rosimery Cruz de Oliveira Dantas (UFCG)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Leandro Cavalcanti de Araújo (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Onaldo Guedes Rodrigues (CSTR)
Rogério Humberto Zeferino(CH)
Valéria Andrade (CDSS)

SOBRE OS AUTORES

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Enfermeira. Doutora em enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará.

Professora associado da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras – PB, Brasil. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Assistência para a Saúde Humana - GEPASH.

Karla Maria Duarte Silva Oliveira

Enfermeira. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Membro do grupo de pesquisa sobre a saúde do homem. João Pessoa, PB. Professora da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa – PB.

Alcides da Silva Diniz

Médico. Mestre em Oftalmologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (1985). Doutor em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (1997). Pós-doutorado pelo Prince Leopold Institute of Tropical Medicine (2003-2004). Professor associado da Universidade Federal de Pernambuco, colaborador do Centro de Investigação em Micronutrientes (UFPB), do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, e consultor ad hoc do UNICEF.

Campina Grande - PB
2014

Sumário

Apresentação	11
Prefácio	13
Introdução	15
Materiais e Métodos	21

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE MÃES NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB, 2006-2010	27
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----

MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS

KARLA MARIA DUARTE SILVA OLIVEIRA

CAPÍTULO 2

CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO E PARTO DE MÃES INVESTIGADAS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB, 2006-2010	47
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS

ALCIDES DA SILVA DINIZ

KARLA MARIA DUARTE SILVA OLIVEIRA

CAPÍTULO 3

PESO DO RECÉM-NASCIDO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB, 2006-2010	67
-----------------------------------------------------------------------------	----

MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS

ALCIDES DA SILVA DINIZ

KARLA MARIA DUARTE SILVA OLIVEIRA

CAPÍTULO 4

IMPORTÂNCIA DA DN E DO PREENCHIMENTO ADEQUADO	83
------------------------------------------------------------	----

MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS

Considerações Finais	91
-----------------------------------	----

Anexos

Apêndices

Agradecimentos

Lista de Tabelas

Tabela 1.

Distribuição dos nascidos vivos segundo o ano de registro da DN. Cajazeiras-PB, 2006-201028

Tabela 2.

Distribuição das mães investigadas conforme a idade materna segundo o ano de registro da DN. Cajazeiras-PB, 2006-201029

Tabela 3.

Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna versus dados sociodemográficos. Cajazeiras-PB, 2006-2010..34

Tabela 4.

Distribuição das mães investigadas conforme a situação econômica versus escolaridade. Cajazeiras-PB, 2006-201041

Tabela 5.

Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna versus dados da gestação e parto. Cajazeiras-PB, 2006-2010..48

Tabela 6.

Distribuição das mães investigadas conforme a variável tipo de nascimento versus situação conjugal, antecedente obstétrico, duração da gestação e situação econômica. Cajazeiras-PB, 2006-201054

Tabela 7.

Distribuição das mães investigadas conforme o ano de registro da DN de acordo com o número de consultas pré-natal e tipo de nascimento. Cajazeiras, PB, 2006-201056

Tabela 8.

Distribuição do peso do RN na série histórica 2006–2010. SMS, Cajazeiras-PB70

Tabela 9.

Nascimentos por residência da mãe por ano, segundo peso ao nascer. DATASUS SINASC Cajazeiras-PB, 2006–201071

Tabela 10.

Distribuição do peso do RN versus idade materna, consultas pré-natal, antecedente obstétrico, duração da gestação e tipo de nascimento. Cajazeiras-PB, 2006-201074

Tabela 11.

Distribuição das variáveis com dados ignorados (I) ou não informados (NI). Cajazeiras-PB, 2006-201085

Tabela 12.

Distribuição nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo local da ocorrência. Cajazeiras-PB, 2006-2010 ...86

Lista de Gráficos

Gráfico 1.

Tendência da idade materna, conforme registros de nascido vivo.
Cajazeiras-PB, 2006-201030

Gráfico 2.

Tendência de números de consulta pré-natal por ano investigado.
Cajazeiras-PB, 2006-201057

Gráfico 3.

Tendência de tipos de nascimento por ano investigado. Cajazeiras
-PB, 2006-201059

Gráfico 4.

Tendência do peso do RN por ano investigado. SMS, Cajazeiras-PB,
2006-201072

Gráfico 5.

Tendência do peso do RN por ano investigado. DATASUS, SINASC,
Cajazeiras-PB, 2006-201072

Apresentação

Esse livro contém o relatório final de uma pesquisa exploratória do tipo documental, com o objetivo geral de analisar os dados da Declaração de Nascido Vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil (2006-2010).

Os objetivos específicos da pesquisa foram: Identificar a incidência da maternidade entre adolescentes, adultas jovens e adultas; Traçar o comparativo sociodemográfico entre as mães pesquisadas; Investigar o peso dos recém-nascidos, conforme a idade materna; Investigar os dados ignorados e não informados nas DN no município de Cajazeiras-PB.

A população do estudo foi composta pelas mães (puérperas) atendidas na maternidade pública do município de Cajazeiras, PB, 2006-2010. O tamanho amostral constou de 3972 mães que neste período tiveram filhos nascidos vivos, as quais foram divididas em 3 (três) grupos etários, adolescentes, adultas jovens e adultas.

A fonte para a coleta de dados foi a Declaração de Nascido Vivo (DN). No processo de coleta e divulgação dos dados foram respeitados os aspectos éticos da Resolução 196/96, no que concerne ao anonimato das informações contidas nas DN relativas às mães que compuseram a amostra do estudo.

A análise dos dados teve uma abordagem quantitativa. Para tanto, as variáveis: sociodemográficas, gestação e parto e do recém-nascido, contidas nas DN foram analisadas estatisticamente, utilizando o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

A idade materna foi considerada variável independente na correlação entre as demais variáveis. Para o estudo da correlação entre as variáveis foram utilizados os testes do qui-quadrado e o teste exato de Fisher, adotando-se um nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade. Com base nesta análise estatística, as tabelas e gráficos foram elaborados contendo números absolutos e percentuais e discutidas à luz da literatura pertinente à temática abordada.

Desse modo, esse escrito está apresentado nos seguintes tó-

picos: Introdução, em que a temática é abordada de forma geral, especificando a problemática, justificativa e relevância da pesquisa, finalizando com os objetivos. Materiais e métodos, especificando o tipo e abordagem da pesquisa; local; população e amostra; fonte, coleta, instrumento e tratamento analítico dos dados. Capítulo 1, são apresentados e discutidos os dados sociodemográficos das mães. Capítulo 2, são apresentados e discutidos os dados relativos à gestação, pré-natal e tipo de nascimento. Capítulo 3, são apresentados e discutidos os dados relativos ao peso do recém-nascido. Capítulo 4, são feitas análises e reflexões sobre os dados ignorados e não informados nas DN. Considerações finais.

Almejamos que o conteúdo desse livro desperte para a realização de novas investigações sobre a temática e ou outras afins e, também, coopere para a formulação de políticas e ações de saúde materno infantil, no município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

Profª. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
(UFCG, Campus de Cajazeiras-PB)

Prefácio

Os autores desta obra mergulham no cotidiano da vida humana, em seu estágio primário, com um desafio especial: revelar a importância objetiva e subjetiva dos nativos como resultados da concepção materna e produto social. Nesta ampla tarefa, incumbiram-se esmeradamente na organização dessa salutar publicação, que visa, efetivamente, o preenchimento de lacunas de setores públicos, não obstante, os dados disponíveis em base de dados oficiais.

É sobre a vertente cuidadosa do cenário estatístico que nos é apresentado esse relevante estudo, da forma de pesquisa científica à sua compilação didática, sistemática e ampliada, para ser disponibilizada aos interesses acadêmicos e aos setores dos serviços e da rede em saúde, propiciando uma conexão da interface da pesquisa, em estudos aprofundados, e a acessibilidade à fonte de pesquisa, popularizada nas livrarias e bibliotecas.

Assim, recomendo, vividamente, que conheçam a vida, a partir da DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO, de puérperas de uma das regiões brasileiras vulneráveis ao nascituro não saudável, naturalmente, pelas históricas dificuldades à superação de estigmas que as assolam, na caminhada perseverante de mulheres nordestinas, à tão sonhada igualdade, mas possível, no direito de terem seus filhos nascidos em condições dignas e socialmente reconhecidos à qualidade de vida e ao bem estar, necessários ao seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual.

Às mães e ao significado encanto do nascer, o meu respeito e apreço, pois em meio às dificuldades e carências do contexto em análise, percebe-se, nas entrelinhas, a busca do cuidado à saúde e às condições dignas de viver.

Um convite à leitura e ao conhecimento!

Prof. Dr. José Cezario de Almeida
(UFCG, Campus de Cajazeiras)

Introdução

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é o órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde responsável pela coleta, processamento e disseminação das informações de saúde em âmbito nacional. Além de oferecer acesso aos dados sobre situação de saúde no país, serve como subsídio para a análise da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências, planejamento e programação das ações de saúde. Sendo assim, sua utilização procura eliminar diversos instrumentos manuais de coleta, proporcionando uma melhoria da qualidade e eficiência dos processos, evitando o desperdício de mão-de-obra e a probabilidade de erros (OHARA e SAITO, 2008).

O DATASUS tem ampliado avanços na área tecnológica, principalmente, pela existência de equipamentos de grande porte, pela conquista da captura de dados de produção dos estados e municípios, transformando as coletas dos documentos com a entrada dos dados na própria origem, os municípios. Num processo que permite a transmissão eletrônica capaz de possibilitar a descentralização de informações, é fundamental para estudantes e profissionais da área da saúde, que precisam de dados, desenvolvam trabalhos que sirvam de instrumentos para o conhecimento da situação de saúde de um determinado local, bem como servir de apoio para planejamento e intervenção, na busca de melhor qualidade de saúde para a população (BRASIL, 2002; 2004; 2010).

O documento utilizado como instrumento de coleta para alimentar mensalmente o Sistema de Informação sobre Nascimento Vivos (SINASC) é a Declaração de Nascimento Vivo (DN), que contém informações sobre as mães e os recém-nascidos. De acordo com o Manual de Procedimentos do SINASC, esse documento é padronizado, previamente numerado e com três vias distintas e impressas pelo Ministério da Saúde. A DN permite avaliar o nível de saúde da população e planejar ações que incluam a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças durante o período gestacional e pós-parto (BRASIL, 2010).

A DN é preenchida nos hospitais/maternidades que realizam partos no município; em casos de partos domiciliares realizados por parteiras, o fato deverá ser informado aos profissionais da Unidade de saúde referência do local, para providenciarem o preenchimento deste documento e, somente em casos em que não há profissionais de saúde no município, deverá ser preenchido pelo responsável do Cartório de Registro Civil (BRASIL, 2003). Esta declaração inclui dados sobre a mãe (sociodemográficos), o pré-natal, o parto e o recém-nascido (BRASIL, 2010). Em vista disso, este instrumento tem sido utilizado como fonte de dados em pesquisas na área materno-infantil, visando a elaborar ações de saúde destinadas à população desta área específica (PAIVA et al., 2011; PRADO e RODRIGUES, 2011).

Tendo como subsídio esse impresso do SINASC, o foco desta pesquisa foi a gestação nos extremos de idade reprodutiva, como em adolescentes e as acima de 35 anos, pelos prováveis efeitos negativos sobre a saúde materna e indicadores de saúde do recém-nascido (RN) (ROMERO, SIMÃO e SOUZA, 2012). Não obstante a redução da taxa de fecundidade no Brasil, nas adolescentes e mulheres acima de 35 anos essa taxa é, respectivamente, 23% e 13% (BRASIL, 2009).

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à identidade adulta, determinando a auto-estima, as relações afetivas e a inserção na estrutura social (HERCOWITZ, 2002).

A precocidade do início das relações sexuais entre adolescentes é cada vez mais frequente, o que os torna vulneráveis à situações de riscos, sobretudo se esse fato vem associado ao desconhecimento ou conhecimento insuficiente sobre a anticoncepção e reprodução, por parte dos adolescentes.

Diante disso, no Brasil, os dados do Ministério da Saúde confirmam o crescente número de adolescentes grávidas. Um em cada quatro dos partos atendidos pela Rede Hospitalar do SUS é de mulheres abaixo de 19 anos. O censo de 2000 (IBGE) evidenciou

elevação da fecundidade das brasileiras de 15 a 19 anos de idade. Em 1997, em cada grupo de 1.000 adolescentes, oitenta tinham um filho. Em menos de uma década esse número se elevou para noventa (BRASIL, 2007).

O interesse em trabalhar com a temática ‘adolescência, gravidez na adolescência, sexualidade e temas afins’ começou em 1996, quando se fez uma pesquisa caracterizando as mulheres atendidas em um serviço de assistência pré-natal em Cajazeiras-PB, tendo sido intensificado em estudo concluído em 1998, averiguando o autocuidado em primigestas. Neste estudo, detectou-se que, de uma amostra de 36 primigestas, 25 (69,4%) eram adolescentes (DUARTE et al., 1999; FARIAS, COSTA, 2001). Em 2003, em pesquisa com adolescentes grávidas foi evidenciado que todas tiveram a **gravidez não planejada**, revelando conhecimento inadequado sobre o planejamento familiar, métodos contraceptivos, sexo e sexualidade (FARIAS, 2003).

Em seguida, desenvolveu-se uma pesquisa sobre a ‘percepção de adolescentes acerca da sexualidade’, com estudantes de ensino fundamental, a qual foi estendida aos professores desses adolescentes. Em 2008 concluiu-se a pesquisa enfocando a abordagem da sexualidade no relacionamento entre pais e filhos adolescentes. Estas três pesquisas foram aprovadas pelo PIBIC/UFCEG em 2005, 2006 e 2007, respectivamente. Dentre os achados destas pesquisas destaca-se que, no tocante à sexualidade, 27,59% dos adolescentes apresentaram **baixa auto-estima situacional**, evidenciada pela verbalização de sentimentos negativos sobre si mesmos, em resposta às mudanças físicas ocasionadas pela puberdade; **Déficit de conhecimento acerca do ciclo menstrual** (40%) e **Déficit de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos** (100%), ambos relacionados à deficiência de conhecimento ou habilidade; 10,34% haviam iniciado a atividade sexual, sem o uso de contraceptivos. Portanto, expostos ao riscos como, paternidade e maternidade precoces e às doenças sexualmente transmissíveis (FARIAS, FERNADES e SOUSA, 2009).

Nas atividades de prática de ensino da disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher observa-se, na Maternidade Pública do

município de Cajazeiras, PB, que o número de mães adolescentes é acentuado e frequente. Assim, este fato motivou a esta pesquisa com os dados da DN, no quinquênio (2006-2010), a fim de se ter a visão em escala epidemiológica dos achados e, também, considerando que em 5 anos podem ocorrer mudanças sociais, econômicas e culturais na sociedade, as quais podem interferir na taxa de nascimentos.

Frente ao exposto, essa pesquisa foi realizada no intuito de responder aos seguintes questionamentos: Qual é o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães atendidas no município de Cajazeiras, ao longo dos anos 2006-2010? A gravidez tem prevalecido mais entre adolescentes ou em mulheres acima dos 35 anos? Como se apresenta o peso dos recém-nascidos conforme a idade materna? Que fatores interferem no peso dos recém-nascidos? Os dados divulgados no DATASUS/SINASC refletem os contidos nas DN da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Cajazeiras-PB?

Desse modo, essa pesquisa foi realizada com o objetivo geral: Analisar os dados da Declaração de Nascido Vivo no município de Cajazeiras-PB, 2006-2010. E específicos: Identificar a incidência da maternidade entre adolescentes e em mulheres acima de 18 anos; Traçar o perfil sociodemográfico das mães adolescentes, adultas jovens e adultas; Averiguar as características obstétricas conforme a idade materna; Investigar os fatores que interferem no peso dos recém-nascidos; Comparar os dados contidos nas DN no município de Cajazeiras-PB aos divulgados no SINASC/DATASUS.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_sinasc_2010_manualdn.pdf> Acesso em: 21 set. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Pesquisa 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf> Acesso em: 21 set. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf> Acesso em: 21 set. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para profissionais do Programa Saúde da Família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____, Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente COMANDA. **Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____, Ministério da Saúde. **DATASUS Trajetória 1991-2002**. Brasília, 2002.
- DUARTE, M. C. A. et al. Perfil das usuárias de um serviço de assistência pré-natal. **Rev. Nursing**, São Paulo, ano 2, n. 12, p. 32-34, mai. 1999.
- FARIAS, M. C. A. D. de **Assistência de enfermagem à adoles-**

cente grávida à luz da Teoria Geral de Enfermagem de Orem. [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Fortaleza(CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003.

_____, M. C. A. D. de; COSTA, T. N. A. Déficit de autocuidado em primigestas proposta de assistências de enfermagem no pré-natal. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.1, n.1. jan./jul., 2001.

_____, M. C. A. D. de; FERNADES, D. G.; SOUSA, G de M. Significado da sexualidade para adolescentes. In: RIBEIRO, M. G. (org.). **Ensaio sobre psicologia da cultura**. Campina Grande–PB: REALIZE/Editora da UFPB, 2009. p. 171-194.

HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. **Pediatria moderna**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 392-5, 2002.

OHARA, C. E. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

PAIVA, N. S. et al. **Sistema de Informações Sobre Nascidos vivos: um estudo de revisão**. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/sbis/arquivos/750.pdf>> Acesso em: 19 set 2012.

PRADO, L. B. do.; RODRIGUES, J. F. T. **Avaliação epidemiológica da natalidade no município de Piracanjuba, Goiás, Brasil**. Disponível em: <http://www.prp.ueg.br/06v1/ctd/pesq/inic_cien/eventos/sic2005/arquivos/biologicas/avaliacao_epidemiologica.pdf> Acesso em: 19 set. 2012.

ROMERO, J. A. R.; SIMÃO, A. B.; SOUZA, L. M. **Resultados perinatais de nascidos vivos de mães adolescentes e adultas: uma análise exploratória do município de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2010/D10A012.pdf> Acesso em: 21 set. 2012.

Materiais e Métodos

Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, de natureza exploratória, do tipo documental.

A pesquisa epidemiológica é empírica, baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde de uma população definida e na quantificação destes eventos (GRIEP, 2008, p.3).

Conforme Rampazzo (2004, p. 51-2), a pesquisa é considerada documental quando:

Os documentos são de fonte primária, proveniente de órgãos que realizaram as observações (...). São importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema.

Local da Pesquisa e Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, Paraíba. Este município conta com uma maternidade pública que atende além da sua população residente, na fase gravídico-peurperal, mulheres das cidades circunvizinhas, pelo fato de Cajazeiras ser uma cidade pólo do sertão paraibano, onde está localizada a IX Gerência Regional de saúde do Estado da Paraíba. Na referida maternidade é realizada uma média de 04 partos/dia.

Cajazeiras-PB possui uma área territorial de 566 km², e estimativa populacional de 58.443 habitantes, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2012).

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa foi baseada nos princípios que norteiam o desenvolvimento de pesquisas envolven-

do seres humanos, preconizados pela Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002). O projeto desta pesquisa foi apresentado à Direção da IX Gerência Regional de Saúde, anexada a solicitação a essa direção, para se ter acesso ao arquivo de DN (APÊNDICE 1). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Saúde e Tecnologia Rural, UFCG, Patos, PB, para análise e teve aprovação na reunião extraordinária, sob o protocolo de nº 114/2009 em 01/06/2009 (ANEXO 1).

A proposta inicial dessa pesquisa seria a série histórica 2005-2009. Todavia, na SMS não foram encontradas as DN de 2005, motivo pelo qual foram analisadas as DN de 2006-2010.

População e amostra

A população do estudo foi composta por 3972 mães (puérperas) atendidas na maternidade pública do município de Cajazeiras, PB, que tiveram filhos nascidos vivos, no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2010.

O tamanho amostral constou de todas as mães que neste período tiveram filhos nascidos vivos, as quais foram divididas em 3 (três) grupos etários: adolescentes (12 a 18 anos), adultas jovens (19 a 35 anos) e adultas (acima de 35 anos).

Fonte de dados, procedimentos de coleta e digitação do banco de dados

Foi adotada como fonte de dados a DN (Via Branca), arquivada na Vigilância Epidemiológica (VE), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cajazeiras-PB. O modelo da DN utilizada foi o que vigorou até dezembro de 2010 (ANEXO 2).

A coleta de dados ocorreu diretamente nos arquivos da IX Gerência Regional de Saúde de Cajazeiras, PB, na SMS. Para tanto, foi construído um instrumento, contendo espaços para a transcrição literal de todos os registros contidos nas DN (APÊNDICE 2).

O período de coleta de dados se estendeu de junho de 2009 a

fevereiro de 2011, em intervalos intercalados.

Foram feitos recortes dessa pesquisa quinzenal, com projetos de pesquisa aprovados no Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica e no Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica – PIBIC e PIVIC, UFCG/CNPq, nas vigências 2008/2009, 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012, originando outras produções científicas, apresentadas nos Encontros de Iniciação Científica da UFCG e outros eventos, e publicadas nos anais.

Entre bolsistas e voluntários, cooperaram na coleta de dados: 1ª vigência – Millena Cavalcanti Monteiro, Karla Maria Duarte Silva, Lynara Alves de Assis Silva; 2ª vigência – Kallyne Rubyan Oliveira Queiroga, Millena Cavalcanti Monteiro e Karla Maria Duarte Silva; 3ª vigência - Kallyne Rubyan Oliveira Queiroga.

À medida que se concluiu a coleta por ano, o banco de dados era digitado e conferido, ao mesmo tempo. Colaboraram na digitação do banco de dados (2006 a 2009): Karla Maria Duarte Silva, Millena Cavalcanti Monteiro e Kallyne Rubyan Oliveira Queiroga.

Em outubro e novembro de 2011. Foi digitado o banco do ano 2010, pela bolsista PIBIC Dayanne Chrystina Ferreira Pinto e a voluntária PIVIC Thaynara Ferreira Filgueiras, as quais, também fizeram nova digitação do banco dos 5 anos, sob a orientação da professora Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias. Ao término da digitação, os bancos, anterior e atual, foram comparados e filtrados, pelos autores desta pesquisa quinzenal, a fim de afastar qualquer falha e evitar erros estatísticos.

Na elaboração do relatório dessa pesquisa também foi necessário acessar as informações publicadas pelo SINASC/DATASUS, a fim de compará-las às obtidas nos documentos primários (DN – via branca, SMS).

Análise dos Dados

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa dos achados. Para tanto, todas as variáveis dos dados sociodemográficos das

mães, dados relativos ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, contidas nas DN, foram analisadas estatisticamente.

Os instrumentos de coleta de dados foram enumerados e codificadas para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para o estudo da correlação entre as variáveis, utilizaram-se os testes do qui-quadrado e o exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade.

Com base nessa análise estatística, as tabelas e gráficos foram elaborados, contendo números absolutos e percentuais, e discutidos à luz da literatura pertinente à temática abordada.

As variáveis do estudo foram classificadas em sociodemográficas (faixa etária, procedência, situação conjugal, ocupação, situação econômica e escolaridade materna); da gestação e parto (duração da gravidez, tipo de nascimento, frequência ao pré-natal e antecedente obstétrico) e referentes ao recém-nascido (peso).

A variável independente desta pesquisa foi a idade materna. As variáveis (categorizações) para correlação foram: procedência (zona urbana e zona rural), ocupação (estudante, agricultora, doméstica e outras), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), escolaridade materna (até 3 anos, de 4 a 7 e acima de 7 anos de instrução), situação econômica (com renda [agricultora e outras] e sem renda [doméstica e estudante]), duração da gestação (pré-termo, a termo e pós-termo), antecedente obstétrico (soma das variáveis nascidos vivos e nascidos mortos – primigesta, secundigesta e multigesta), número de consultas pré-natal (\leq a 7 e $>$ de 7 consultas), peso ao nascer ($<$ 2.500, de 2.500 a 3.999 e \geq a 4.000), considerado em gramas. Na análise das variáveis foram excluídas as DN com dado não informado e ou “ignorado”.

Apoio e participações

Esta pesquisa foi desenvolvida, a priori, com o apoio e incentivo da direção da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal

da Paraíba, na pessoa da professora Marilena Maria de Souza, nos cedendo materiais necessários e possibilitando a impressão de documentos.

Colaboraram na coleta e digitação do banco de dados alunas do curso de Enfermagem, do CFP/UFCEG, bolsistas de iniciação científica e voluntárias, outrora referidas.

Referências

BRASIL. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@. **Cajazeiras – PB**: dados básicos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?cod-mun=250370>> Acesso em: 21 set. 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: DF, 2002.

GRIEP, R. **Fundamentos da pesquisa epidemiológica**. Disponível em: <<http://www.sanitarista.kit.net/index/fundamentosdapesquisaepidemiologica.ppt>> Acesso em: 15 jun. 2012.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação. 2. ed. São. Paulo : Loyola., 2004.

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE MÃES NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB, 2006-2010

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Karla Maria Duarte Silva Oliveira

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem por finalidades coletar, produzir, analisar e divulgar dados sobre os nascidos vivos, em território nacional. O documento padrão para alimentar mensalmente o SINASC é a Declaração de Nascido Vivo – DN, instituído pelo Ministério da Saúde em 1990, a ser obrigatoriamente emitido para os nascidos vivos, quaisquer que sejam as circunstâncias de ocorrência do nascimento: hospitais, maternidades, serviços de urgência/ emergência, domicílio, vias públicas, veículos de transporte etc. (BRASIL, 2010a).

A DN é um documento previamente numerado, com três vias distintas e impresso pelo Ministério da Saúde. Após o preenchimento, a primeira via (branca) deve permanecer na instituição onde ocorreu o nascimento, até ser coletada, por busca ativa, pelos órgãos estaduais ou municipais responsáveis pelo sistema. A segunda via (amarela) deve ser entregue aos familiares, para fins de registro civil, e o cartório deve guardá-la para procedimentos legais. A terceira via (rosa) deve ser arquivada no estabelecimento onde ocorreu o nascimento ou utilizada para a localização de puérperas e recém-nascidos, visando ao planejamento de ações específicas de saúde (BRASIL, 2010a).

Nos nascimentos domiciliares, a DN deve ser preenchida em estabelecimentos de saúde ou em cartórios. A via branca será encaminhada à Secretaria de Saúde para processamento, a amarela será retida no cartório e a rosa ficará com a família, para ser apresentada na Unidade de Saúde, na primeira consulta médica do recém-nascido - RN (BRASIL, 2010a).

Distribuídos em blocos de variáveis, os campos da DN estão

organizados de forma a permitir traçar o perfil sociodemográfico das gestantes e dos recém-nascidos, subsidiando a tomada de decisões que levem em conta aspectos demográficos, socioeconômicos e de riscos à saúde.

Assim, a informação sobre os nascidos vivos de um país ou de determinada região é fundamental, pois os nascimentos fazem parte da composição de inúmeros indicadores demográficos e epidemiológicos, tais como, as taxas de mortalidade infantil, baixo peso ao nascer, natalidade e de fecundidade; considerados relevantes para um planejamento efetivo de ações, bem como, para contribuir na definição das políticas públicas nas áreas da saúde materna e infantil (SOUZA, 2004; FRIAS et al., 2007).

Desse modo, serão apresentados e analisados os dados referentes ao estudo realizado no município de Cajazeiras – PB, na série histórica 2006-2010, tendo por objetivo, traçar o perfil sociodemográfico das mães investigadas, destacando as variáveis: ano de registro, idade materna, procedência, situação conjugal, escolaridade, ocupação e situação econômica.

Tabela 1. Distribuição dos nascidos vivos segundo o ano de registro da DN. Cajazeiras-PB, 2006-2010.

ANO DE REGISTRO	n	%
2006	864	21,8
2007	830	20,9
2008	804	20,2
2009	697	17,5
2010	777	19,6
Total	3972	100

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

Em relação à Tabela 1, os dados demonstram a frequência de nascidos vivos, revelando um percentual de 21,8% no ano de 2006, 20,9% em 2007, 20,2% em 2008, 17,5% em 2009 e 19,6% em 2010. Observa-se uma diminuição no registro de nascidos vivos nos anos 2006 a 2009, com considerável decréscimo (2,7%) de 2008 para 2009, seguido de um acréscimo (2,1%) de 2009 para 2010. Entretanto,

to, tomando por base o registro de nascidos vivos em 2006, houve decréscimo em relação aos demais anos; destacando a redução de 4,3%, comparando os percentuais de 2006 e 2009. Esses achados confirmam informações divulgadas pelo IBGE (BRASIL, 2010b), de que, nos últimos anos, houve tendência à redução do índice de fecundidade, no Brasil.

Tabela 2. Distribuição das mães investigadas conforme a idade materna segundo o ano de registro, Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Ano de Registro DN	Idade materna (anos)						Total	
	Até 18		19 a 35		35 e +		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	145	16,8	672	77,8	47	5,4	864	100
2007	122	14,7	653	78,7	55	6,6	830	100
2008	121	15,1	631	78,8	49	6,1	801	100
2009	106	15,2	551	79,1	40	5,7	697	100
2010	126	16,3	613	79,1	36	4,6	775	100
Total*	620	15,6	3120	78,6	227	5,8	3967	100

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

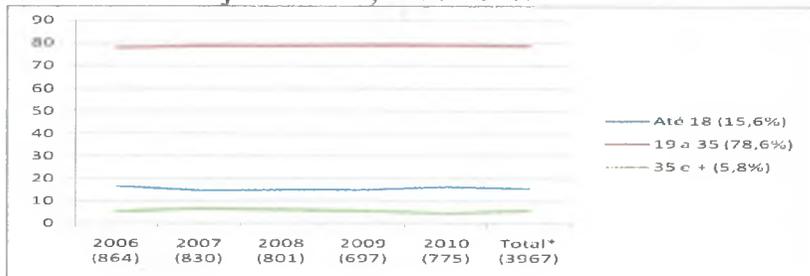
* Excluídas as DN sem informação.

Na Tabela 2 observam-se os dados de distribuição dos nascidos vivos em relação à idade materna e ao ano de registro das DN. Na serie temporal investigada, do universo de 3967 DN, 620 (15,6%) mães eram adolescentes (com até 18 anos); 3120 (78,6%) eram adultas jovens (19 a 35 anos); e 227 (5,8%) eram adultas (acima de 35 anos). Observa-se, portanto, nos 3 grupos etários materno uma tendência linear nos percentuais de nascidos vivos, conforme ilustrado no Gráfico 1.

Na faixa de mães adolescentes, o ano de 2006 apresentou maior percentual de registro (16,8%); quanto às adultas jovens, os anos de 2009 e 2010 apresentaram mesmo percentuais (79,1%); e quanto às adultas, o ano 2007 apresentou o maior percentual de registro, 6,6%.

Os dados da Tabela 2 apontam que houve decréscimo no percentual de ocorrência de nascimentos em adolescentes nos anos 2007 a 2009, comparando-se com o de 2006; e de um aumento, em 2010. No entanto, esses achados são menores que os apontados no Brasil e na Região Nordeste, pois conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2009), os números de gestações segundo faixa etária mostram grande variedade, conforme as regiões do país e extrato social. Para as de menor idade, as taxas mostram-se maiores nas regiões Norte e Nordeste (maior que 20%, às vezes superiores a 30%) e menores nas regiões Sul e Sudeste (em torno de 15%).

Gráfico 1. Tendência da idade materna, conforme registros de nascido vivo. SMS Cajazeiras-PB, 2006-2010.



Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

* Excluídas DN com dados ignorados.

A gestação na adolescência é apontada como fator de risco nutricional, biológico e psicossocial. Para Gurgel et al. (2008), é um evento que afeta, especialmente, a biografia da juventude e a possibilidade de elaborar um projeto de vida estável.

Em estudo realizado por Silva e Farias (2010) observa-se que a gravidez na adolescência decorre, principalmente, da não utilização de método contraceptivo e, em menor porcentagem, da utilização inadequada desses métodos. Nessas circunstâncias, as ações de prevenção assumem papel importante, devendo incluir não apenas a oferta de métodos anticoncepcionais, mas a garantia de espaço para que o adolescente possa falar de si, trocar experiência e receber informações que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis de vida.

Corroborando Hercowitz (2002, p.393), existem características próprias da adolescência que, por si mesmas, colaboram na composição de tais riscos, como

o “pensamento mágico”, ou seja, a sensação de invulnerabilidade e onipotência, a ideia de que “isso nunca vai acontecer comigo”. Além disso, o adolescente tem uma vivência singular do tempo, caracterizada pela impulsividade e não preocupação com as consequências futuras dos atos realizados aqui e agora.

Para Moreira et al. (2008), a gravidez na adolescência não é de alto risco, contanto que a jovem tenha um acompanhamento adequado, boa alimentação e apoio emocional. Revelam, também, que não se constitui em um problema identificado na sociedade moderna, uma vez que, em todas as épocas as mulheres engravidaram nesta fase da vida. É caracterizada como problema relevante, quando ocorre de modo indesejado e de forma desestruturada.

Por outro lado, o nascimento de crianças em mulheres com mais de 35 anos tem aumentado; tendência observada nos países industrializados. As mudanças nos hábitos e na expectativa de vida da mulher estimulam a postergação do momento da primeira gravidez, que acaba acontecendo em idades superiores, após atingirem outros objetivos de vida, pessoais e profissionais.

Assim, agrega-se a esse panorama o advento de técnicas de reprodução assistida, permitindo resultados de gravidez em mulheres acima de 35 anos, com taxas de sucesso significativas, em oposição aos processos naturais do ciclo reprodutivo (PINTO e SILVA e BAHAMONDES, 2005).

Em relação aos dados de distribuição de nascidos vivos de mulheres adultas, na Tabela 2 observa-se que, em 2007, 6,6% das mulheres tinham idade acima de 35 anos. Entretanto, em 2010, contrariando o que ocorreu com as adolescentes, verificou-se um decréscimo na distribuição dos nascidos vivos em mulheres adultas, representando 4,6%.

Poucos são os estudos nacionais abordando as gestações após os 35 anos. Araújo e Tanaka (2007) demonstraram que, nessa faixa etária, pode existir aumento da mortalidade perinatal em crianças com baixo peso ao nascer. Azevedo et al. (2002) verificaram que há tendência para índices maiores de prematuridade e de baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva, e que, nas gestantes com 35 anos ou mais, predominou a macrossomia; no entanto, não evidenciaram aumento no número de cesáreas, nos extremos de idade.

A presença de condições patológicas entre gestantes acima de 35 anos faz com que sejam hospitalizadas durante a gravidez, três a quatro vezes mais que em outra faixa de idade, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a complicação clínica mais comum na gestação dessas mulheres. A HAS está associada a resultados maternos e perinatais diversos e encontra-se entre as principais causas de mortalidade materna, no Brasil. O risco de diabetes também pode aumentar com a idade, chegando a ser seis vezes maior entre as mulheres acima de 40 anos. O risco de mortalidade perinatal e, principalmente, de óbito fetal, cresce com o aumento da idade materna e se acentua nas últimas semanas de gestação, muitas vezes ocasionando a morte intrauterina de fetos viáveis, sem que se consiga o diagnóstico preciso do fator causal (SANTOS et al., 2009).

Senesi et al. (2004) apontam que o risco para as mulheres de faixa etária avançada são minimizados com boa assistência obstétrica e perinatal, sendo a qualidade do atendimento obstétrico o fator primordial na prevenção de problemas perinatais, independente da faixa etária das mulheres.

Segundo os dados apresentados na Tabela 2, verifica-se a maior ocorrência de nascimento nas adultas jovens. Tal faixa etária é recomendada pelo Ministério da Saúde como ideal para a parturição. Corroborando Montenegro e Rezende Filho (2008), a partir de 18-20 anos, perdurando uma década, constitui o período em que a gravidez apresenta as melhores condições para sua ocorrência, pela visão biológica.

Os resultados apresentados tornam-se significativos, pois existe um impacto da idade materna sobre o resultado perinatal. No

grupo de gestantes adolescentes, tem sido relatada maior incidência de complicação obstétrica e perinatal, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional (GAMA et al., 2009). Além dos aspectos biológicos, a saúde desse grupo populacional é reflexo das condições socioeconômicas e assistenciais a que está sujeito.

Segundo Pinto e Silva e Surita (2009), as mulheres nos extremos de idade têm resultados menos favoráveis que as adultas jovens, entre 20 e 35 anos. As mulheres com gestação tardia apresentam risco similar às adolescentes, em alguns aspectos, e mais elevado em outras situações, como o abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas.

Desse modo, ao relacionar as demais variáveis da DN com a idade materna, torna-se possível apontar problemas e dificuldades apresentadas durante o período gestacional e parto, considerando, principalmente, as mães que se encontram nos extremos da vida reprodutiva.

A idade é um referencial sociocultural importante e reflete comportamentos comuns e significativos para a compreensão da sociedade, apesar de alguns relatos na literatura de maior risco relacionado à idade materna continuarem controversos. Na atualidade, é destacado que as condições de vida e saúde das gestantes, sobretudo, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto são mais importantes que a idade (MONTEIRO et al., 2010).

A Tabela 3 refere-se à correlação estatística entre a variável idade materna e os dados sociodemográficos. São apresentadas as características das mães relacionadas à procedência, situação conjugal, escolaridade, ocupação e situação econômica.

Idade materna versus Procedência

No tocante à procedência, observou-se predominância de registros da zona urbana, com 72,9% (2888), enquanto que, 27,1% (1075) eram na zona rural. Esse achado pode ser justificado pelo êxodo rural e conseqüente crescimento substancial das cidades, à

medida que a população migra para a zona urbana, na busca de melhores condições de vida. Teixeira et al. (2010) afirmam que o local de residência e o nível educacional da gestante exercem influência sobre a busca ao pré-natal, de maneira que são insuficientes os números de postos de saúde na zona rural.

Tabela 3 – Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna *versus* dados sociodemográficos, Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Variáveis	Total		Idade materna em anos						P
	n	%	Até 18		19 a 35		36 e +		
			n	%	n	%	n	%	
Procedência									
Zona Urbana	2888	72,9	469	75,8	2264	72,6	155	68,3	,077
Zona Rural	1075	27,1	150	24,2	853	27,4	72	31,7	
Total*	3967	100	619	100	3117	100	227	100	
Situação conjugal									
Com companheiro	1009	25,7	60	9,8	839	27,2	110	48,7	
Sem companheiro	2915	74,3	553	90,2	2246	72,8	116	51,3	<,001
Total	3924	100	613	100	3085	100	226	100	
Escolaridade									
Até 3 anos	791	20,2	108	17,6	613	19,9	70	31,3	
4 a 7 anos	1689	43,1	382	62,2	1238	40,2	69	30,8	<,001
8 e + anos	1441	36,8	124	20,2	1232	40,0	85	37,9	
Total	3921	100	614	100	3038	100	224	100	
Ocupação									
Agricultora	1260	31,9	159	25,8	1014	32,6	87	38,3	
Doméstica	1661	42,0	274	44,5	1311	42,1	76	33,5	<,001
Estudante	360	9,1	167	27,1	191	6,1	2	9,0	
Outras	673	17,0	16	2,6	595	19,1	62	27,3	
Total*	3954	100	619	100	3111	100	227	100	
Situação econômica									
Com renda	1931	48,8	175	28,4	1607	51,7	149	65,6	<,001
Sem renda	2023	51,2	441	71,6	1504	48,3	78	34,4	
Total	3954	100	616	100	3111	100	227	100	

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

* Excluídas as DN sem informação ou dado ignorado.

p (significância estatística pelo teste do qui-quadrado se $p < 0,05$).

Percebe-se o maior percentual de mães em idade adulta (31,7%) que residiam na zona rural. Geralmente são mulheres que nasceram e cresceram no campo, deslocando-se para a cidade apenas no momento do acompanhamento pré-natal e parto, uma vez que, na zona rural existem poucos serviços de saúde.

As dificuldades das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas, dentre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às distâncias entre a residência ou trabalho e os serviços de saúde, à precariedade dos serviços locais e a pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo. Essa dificuldade se expressa, por exemplo, na proporção de mulheres da área rural insatisfeitas nas suas necessidades de contracepção, que é duas vezes maior do que na área urbana (BRASIL, 2007).

Os percentuais de mulheres desta pesquisa que residiam na zona rural (24,2% adolescentes, 27,4% adultas jovens e 31,7% adultas) podem esconder uma condição de negligência quanto à assistência no período gestacional e não realização de acompanhamento adequado.

Embora os achados não revelem significância estatística entre as variáveis distribuição etária e procedência geográfica ($p=0,077$), observou-se que a participação de mulheres procedentes da zona rural aumentou *pari passu* com a progressão etária.

Existem poucos estudos enfocando os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, o que dificulta a proposição de ações adequadas a essa realidade. Em assentamentos e acampamentos rurais, essa carência é ainda maior.

Idade materna *versus* Situação conjugal

A tabela 3 demonstra um resultado expressivo referente às mulheres sem companheiro, em relação àquelas com companheiro, respectivamente, 2915 (74,3%) e 1009 (25,7%), no total de 3967 registros.

Na correlação entre a idade materna e a situação conjugal observou-se significância estatística ($p < 0,001$). Portanto, do total de mães adolescentes, 90,2% não mantinham união estável; quanto às adultas jovens, observaram-se 72,8% sem companheiros e 27,2% com companheiro; das mães adultas, 51,3% sem companheiro e 48,7% com companheiro. Assim, quanto menor a idade materna, maior foi o percentual de mulheres sem companheiro.

Frente aos dados e em relação às adolescentes, pode-se inferir que, nessa fase, os relacionamentos ocorrem de forma descomprometida, sem o estabelecimento de uniões consensuais. Segundo Silva e Farias (2010), na opinião dos adolescentes, a gravidez durante a adolescência ocorre num âmbito pontuado por oportunidades restritas; poucas opções de vida, se as uniões entre os jovens forem estáveis; abandono escolar e ausência de condições adequadas para criar o filho.

Conforme Puga (2010, p. 3), entre 2002 e 2003, “um milhão de mulheres na faixa etária de 16 a 24 anos deram a luz a filhos de pais desconhecidos, ou seja, o companheiro não é mais considerado condição intransponível para a constituição de uma família”.

De acordo com Szapiro e Carneiro (2002, p.179), deve-se considerar a produção independente

[...] na perspectiva de uma construção, um acontecimento, dentre outros, que se inscreve no interior das mudanças subjetivas em curso nas sociedades ocidentais modernas, particularmente as que surgiram a partir da segunda metade do século XX. Estas mudanças têm produzido uma inflexão profunda nos valores ligados à ideia de liberdade e de autonomia dos indivíduos.

Os resultados acerca da situação conjugal encontram apoio ao se perceber a maternidade como produção independente. Nesse sentido, Szapiro e Carneiro (2002, p.180) apontam que “ser mãe na atualidade, significa para a mulher, não mais aceitar a maternidade como um destino inevitável e sim concebê-la como uma escolha livre e autônoma, uma opção”.

Quanto às mulheres acima de 35 anos, os achados da Tabela 3 sugerem uma nova visão feminina, em que um número crescente de mulheres está optando por adiar o casamento e a maternidade. Essa percepção pode ocorrer devido à prática anticoncepcional mais difundida e às novas tecnologias em reprodução assistida; à busca pela profissionalização e espaço no mercado de trabalho, que proporciona liberdade social e financeira; e a uma sociedade culturalmente mais atualizada, que permite à mulher essa escolha.

A partir dos anos 70, no século XX, um número crescente de mulheres está optando por adiar o casamento e a procriação. Múltiplos fatores têm contribuído para isso, dentre eles a difusão da prática anticoncepcional; atividade profissional da mulher e retardamento na sua formação e capacitação profissional; casamentos tardios ou novas uniões; preocupação em conseguir uma situação financeira condizente com a responsabilidade que representa a criação dos filhos. Além das questões sociais, os progressos demonstrados nos estudos sobre reprodução artificial permitiram adiar a concepção, aumentando a população de grávidas em idade avançada (PARADA e TONETE, 2009).

Idade materna *versus* Escolaridade

Na Tabela 3 as características maternas relacionadas à escolaridade são apontadas, sendo 791 (20,2%) mães com até 3 anos de estudos; 1689 (43,1%) com 4 a 7 anos; 1441 (36,8%) com 8 e + anos. A maioria das mães investigadas possuía apenas o ensino fundamental incompleto, totalizando (63,3%), seguido de 36,8% com o ensino médio ou acima.

Na correlação estatística entre idade materna e escolaridade, percebeu-se dependência estatística entre as variáveis ($p < 0,001$), uma vez que, elevou-se o percentual de mulheres com 8 ou mais anos de estudos nas adultas jovens e adultas. No tocante à idade materna adolescente observa-se um índice de 79,8% com baixa escolaridade, frente ao percentual de 20,2% com mais de 7 anos de estudos. Nas mães adultas jovens verificou-se 60,1% com baixa escolaridade e

40% com acima de 7 anos. Nas adultas observou-se 62,1% com baixa escolaridade e 37,9% com escolaridade acima de 7 anos.

Tem sido apontada a associação entre a gravidez na adolescência e o nível educacional das jovens e seus familiares. Assim, é importante averiguar a influência da gravidez na educação e oportunidades futuras dessas ditas mães precoces.

Carvalho e Matsumoto (2012) encontraram 12, entre 37 adolescentes grávidas, que pararam de estudar, por ocasião da gravidez, e 10 que não mais estudavam. Assim, percebe-se relação existente entre maternidade e educação, embora não se possa determinar em que medida o baixo nível educacional aumenta a fecundidade. Os autores apontam o papel da escola na prevenção da gravidez em momento inoportuno; e no favorecimento ao debate sobre sexualidade, considerando as dimensões socioeconômicas e culturais.

A escola tem papel fundamental no processo de formação do indivíduo. Por isso, recomenda-se que a educação sexual seja iniciada antes da adolescência. Desse modo, concorda-se com a afirmativa de Mônico (2010, p.40), que “é imprescindível educar para uma adolescência mais saudável, evitando ao máximo, uma gravidez precoce”.

Ao se constatar o percentual de 37,9% de mulheres adultas e que apresentaram maior nível de instrução, expresso na Tabela 3, pode-se perceber a menor fecundidade à medida que aumenta o nível educacional das mulheres. Tal fato pode revelar os aspectos positivos relacionadas à educação, como melhor nível de compreensão acerca da gravidez e a busca pela realização profissional e financeira.

Tendo como premissa que as gestantes de nível educacional mais elevado têm maior consciência da necessidade do acompanhamento pré-natal, e frequentam mais o serviço, principalmente as residentes na zona urbana, os profissionais que exercem esse atendimento necessitam conhecer qual é a escolaridade, bem como o local de residência da gestante, pois são fatores que influenciam na prática do autocuidado, em benefício da saúde. Desse modo, a baixa escolaridade encontrada nessa pesquisa pode ser considerada fator de risco obstétrico.

Idade materna *versus* Ocupação e Renda

Acerca da ocupação, constatou-se uma quantidade diferenciada de profissões, apresentadas na Tabela 3, sendo 1661 (42%) domésticas, 1260 (31,9%) agricultoras, 673 (17%) outras atividades remuneradas e 360 (9,1%) estudantes. Para melhor entendimento da situação econômica das mães investigadas, essa variável foi recategorizada em atividades sem renda (doméstica e estudante), totalizando 2023 (51,2%); e atividades com renda (agricultora e outras - comerciante, pescadora, professora, costureira, psicóloga, enfermeira, jornalista, radialista, secretária e balconista), totalizando 1931 (48,8%).

No entanto, a variável ocupação não é tão fidedigna para uma análise precisa, pois nem sempre as mães comprovam-na no preenchimento da DN. No caso das agricultoras, algumas apresentam apenas o Cartão do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Supõe-se que o percentual expressivo nesta categoria profissional (31,9%) seja justificado pelo salário maternidade, o benefício da Previdência Social concedido à segurada gestante trabalhadora rural. Para fins do salário-maternidade é considerado parto, o nascimento ocorrido a partir da 23ª semana de gestação, inclusive natimorto, e para a segurada trabalhadora rural o salário-maternidade será o equivalente a um salário mínimo, durante o período de 4 meses após a data do parto (SALÁRIO MATERNIDADE, 2012).

Quanto à descrição das profissões conforme a idade materna observou-se maior percentual de estudantes (27,1%) e domésticas (44,5%) entre as adolescentes, e maior percentual de agricultoras (38,3%) nas mulheres acima de 35 anos.

Ao analisar a situação econômica das mães, frente às profissões declaradas, verificou-se 71,6% de adolescentes sem atividade remunerada. Em contrapartida, 65,6% das acima de 35 anos tinham atividade remunerada. As variáveis idade materna e profissão/situação econômica apresentaram dependência estatística ($p < 0,001$), pois

pode-se constatar que quanto maior a faixa etária da mãe, maior foi o percentual de mulheres com renda.

Essa realidade socioeconômica apresentada é um fator de risco para a saúde da mulher e de seu filho, pois a baixa renda precede precariedade alimentar, de moradia, educacional, cultural, de lazer, entre outras. Evidentemente, essa “doença social” determina ou pode agravar as condições biológicas e psicológicas, pondo em risco a vida, a saúde e o bem-estar (QUEIROGA et al., 2010).

Para melhor compreender a situação econômica das mães frente à escolaridade, fez-se a correlação entre as variáveis situação econômica e escolaridade materna, conforme expressa a Tabela 4. Os achados evidenciam que as variáveis correlacionadas são dependentes estatisticamente ($p < 0,001$), uma vez que, nos extremos de escolaridade materna, a presença ou não de renda é inversamente proporcional, ou seja, nas com até 3 anos de estudo foi maior o percentual sem renda (54,4%) e nas acima de 7 anos de estudo foi maior o percentual com renda 57,4%. Convém atentar para o total de mães com até 7 anos de estudo e que não possuíam vínculo empregatício.

Assim, os achados da Tabela 4 revelam uma população de mães cujo nível socioeconômico e educacional é precário. Corroborando Carniel et al. (2003, p. 15), “esta situação de pequena inserção no mercado de trabalho e da impossibilidade de dividir o sustento familiar com um companheiro pode comprometer a qualidade de vida da mãe, da criança e dos outros familiares”.

Nos últimos anos, observa-se que ao lado do processo de feminização do mercado de trabalho, tem ocorrido um debate importante acerca da polarização do mercado de trabalho feminino. Discute-se a convivência de um pólo precário, composto por segmentos do mercado de trabalho tradicionalmente ocupados pelas mulheres, e um pólo virtuoso, em franca ascensão, que inclui as posições mais prestigiosas, muitas vezes, prioritariamente ocupadas por homens, como as profissões de nível superior (SEADE, 2011).

Tabela 4 – Distribuição das mães investigadas conforme a situação econômica *versus* escolaridade, Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Variáveis	Total		Escolaridade em anos						<i>p</i>
	n	%	Até 3		4 a 7		8 e +		
			n	%	n	%	n	%	
Situação econômica									
Com renda	1904	48,7	359	45,6	719	42,6	826	57,4	<,001
Sem renda	2009	51,3	429	54,4	969	57,4	612	42,6	
Total*	3913	100	788	100	1687	100	1438	100	

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

p (significância estatística pelo teste do qui-quadrado se $p < 0,05$).

* Excluídas as DN sem informação ou dado ignorado.

O processo de polarização do mercado de trabalho feminino tem assumido, no país, maior importância no período recente, diante do crescimento do nível de escolaridade, principalmente entre as mulheres.

Segundo pesquisa realizada pelo IBGE quanto à inserção da mulher no mercado de trabalho, evidenciou-se, na análise por grupos etários, em 2011, que 63,9% das mulheres ocupadas tinham entre 25 e 49 anos de idade. Entre os homens, o percentual foi 61%. A proporção da população feminina de 50 anos ou mais de idade na população em idade ativa (PIA) era de 31,4%, enquanto a dos homens foi de 26,9%. Já o percentual de mulheres trabalhadoras, com 50 anos ou mais de idade, foi 20,9%, próximo ao dos homens ocupados nessa mesma faixa etária, 22,9% (BRASIL, 2012).

Desse modo, pode-se constatar que o aumento da escolaridade implica maiores possibilidades de inserção produtiva, sobretudo entre as mulheres, como revela os dados da Tabela 4. Tal retratação pode ser explicada pela simples redução do número de mulheres com pouca instrução formal, e também ser reflexo do aumento das exigências de escolarização para o ingresso nos postos de trabalho disponíveis, que excluem as mulheres com baixa escolarização, ou o adiamento desse ingresso pelas mais jovens, que preferem privile-

giar sua formação escolar.

Neste capítulo, pode-se constatar a viabilidade e relevância de se utilizar os dados sociodemográficos provenientes da DN para a caracterização das mães investigadas. Evidenciou-se um perfil heterogêneo de mães na cidade de Cajazeiras, na série histórica pesquisada. A partir dos resultados obtidos, tornou-se possível formular hipóteses a respeito das influências sociodemográficas e econômicas no período gestacional e puerperal, nesta localidade.

Referências

ARAÚJO, B. F.; TANAKA, A.C. d'A. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2869-2877, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/07.pdf>>, Acesso em: 12 out. 2012.

AZEVEDO, G. D. et al. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n3/a06v24n3.pdf>>, Acesso em: 20 jul. 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Empregos – PME. **Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas**. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalho>> Acesso em: 05 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. 4. ed. Brasília, 2010a. Disponível em: Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_sinasc_2010_manualdn.pdf>, Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **SIS 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos**. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1> Acesso em: 05 set. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 25, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf> Acesso em: 25 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf> Acesso em: 25 set. 2012.

CARNIEL, E. F. et al. A declaração de nascido vivo como orientadora de ações em nível local. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 165-174, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a06v03n2.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2012.

CARVALHO, M. B.; MATSUMOTO, L. S. **Gravidez na adolescência e a evasão escolar**. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1868-8.pdf>> Acesso em 11 out. 2012.

FRIAS, P. G. de. et al. Avaliação da cobertura do Sistema de informação sobre Nascidos Vivos e a contribuição das fontes potenciais de notificação do nascimento em dois municípios de Pernambuco, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p 93-101, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_artigo_avaliacao_cobertura_sinasc.pdf> Acesso em: 20 jul. 2012.

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2480-88, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>> Acesso em: 08 ago. 2012.

GURGEL, M. G. I. et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc. Anna Nery. Rev Enferm**,

Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 799-05, dez. 2008. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20084/25-gravidez%20na%20adolescencia.pdf> Acesso em: 10 ago. 2012.

HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 392-5, ago. 2002.

MÔNICO, A. G. F. Gravidez na adolescência e evasão escolar: o que a escola tem a ver com isso? **Revista FACEVV**, Vila Velha, n. 4, p. 39-49, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.facevv.edu.br/Revista/04/GRAVIDEZ%20NA%20ADOLESC%3%8AN-CIA%20E%20EVAS%3%83O%20ESCOLAR%20O%20QUE%20A%20ESCOLA%20TEM%20A%20VER%20COM%20ISSO%20-%20andreaia%20graziela.pdf>> Acesso em 20 set. 2012.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende**: obstetrícia fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MONTEIRO, M. C. et al. Resultados obstétricos e perinatais de mães adolescentes a partir da Declaração de Nascido Vivo, Cajazeiras, PB, 2006. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7, 2010. Campina Grande. **Anais ...** Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande - PB, 2010.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP** [on line], São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

PARADA, C. M. G. de L.; TONETE, V. L. P. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 385-92, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21.pdf>> Acesso em: 06 set. 2012.

PINTO e SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e vias de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [on line], Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 321-25, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

PINTO e SILVA, J. L.; BAHAMONDES, L. Reprodução assistida

como causa de morbidade materna e perinatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 759-67, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n12/a09v2712.pdf>> Acesso em: 06 set. 2012.

PUGA, F. **Mãe solteira**. 2010. Disponível em: <<http://www.bolsademulher.com/especiais/mae-solteira-12356.html>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

QUEIROGA, K. R. O. et al. Efeito da idade materna sobre a natalidade no município de Cajazeiras, Paraíba, a partir da Declaração de Nascido Vivo (2006). In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7, 2010. Campina Grande. **Anais ...** Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande - PB, 2010.

SALÁRIO Maternidade. Disponível em: <http://www.iserv.com.br/trabalhador/salario_maternidade.htm>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SANTOS, G. H. N. dos. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretário de Planejamento e Desenvolvimento Regional Governador do Estado. **Inserção das mulheres com escolaridade superior no mercado de trabalho**. Mulher e Trabalho. São Paulo, n. 22, mar. 2011. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A-7C816A2E7311D1012FE44AB7FE55FF/SEADE_Boletim_Mu-Trab22_Mar11.pdf> Acesso em: 06 set. 2012.

SENESIL, G., et al. Morbidade e mortalidade neonatais relacionados à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. [on line], Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 477-82, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n6/21325.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

SILVA, K. M. D.; FARIAS, M. do C. A. D. de. Gravidez na adolescência; revelando opiniões de estudantes do Ensino Médio. In: VI COLOQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÃO DE GÊNERO E SEXUALIDADE. II SIMPÓSIO NACIONAL DE PSICOLOGIA E CRÍTICA DA CULTURA, 2010, Campina Grande - PB. **Anais ...**

Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2010. 1 CD.

SOUZA, L. de M. de. Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) – Minas Gerais – 2000. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambú – MG. **Anais ...** Caxambú: ABEP, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/> Acesso em: 06 set. 2012.

SZAPIRO, A. M.; CARNEIRO, T. F. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade independente. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.15, n.1, p.179-88, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a19v15n1.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

TEIXEIRA, S. V. B. et al. Educação em saúde: a influência do perfil sócio-econômico-cultural das gestantes. **Rev. enferm ufpe** on line, n. 4, v. 1, p. 133-41, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/546/pdf_303> Acesso em: 12 out. 2012.

CAPÍTULO 2

CARACTERIZAÇÃO DA GESTAÇÃO E PARTO DE MÃES INVESTIGADAS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB, 2006-2010

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Alcides da Silva Diniz
Karla Maria Duarte Silva Oliveira

O processo gestacional, desde o momento da fecundação até o parto e puerpério, implica em alterações fisiológicas, que abrangem dimensões culturais, sociais e afetivas, reproduzidas de diferentes maneiras, dependendo do contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido.

A gravidez é um processo complexo que permite à mulher a experiência de lidar com situações que costumeiramente não lidaria. Por isso, julga-se necessário um acompanhamento adequado, avaliando, além do seu estado físico, o aspecto psicológico (MONTE-NEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

De maneira geral, a gestação está associada a ajustes fisiológicos e anatômicos, que acarretam transformações no organismo materno. Por isso, a idade materna isolada vem sendo questionada em vários estudos como fator predisponente e/ou causador de alterações em resultados perinatais (SANTOS et al., 2009; PINTO e SILVA e SURITA, 2009).

Muitos estudos descrevem de forma divergente o impacto dos extremos da vida reprodutiva, adolescência e idade avançada, nos resultados maternos e perinatais. Estes relatos conflitantes foram o motivo de se avaliar os resultados da gestação e parto nesses dois grupos, comparando-os aos das mulheres em idade considerada propícia para engravidar.

Assim, procurou-se investigar a idade materna frente aos dados da gestação e do parto, no município de Cajazeiras-PB, a partir da Declaração de Nascido Vivo.

Desse modo, esse capítulo está dividido em dois tópicos: Idade materna e os dados da gestação e parto; Dados da gestação e parto, na série histórica analisada.

A idade materna e os dados da gestação e parto

Tabela 5. Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna *versus* dados da gestação e parto. Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Variáveis	Total		Idade materna em anos						P
	n	%	Até 18		19 a 35		36 e +		
			n	%	n	%	n	%	
Antecedente obstétrico									
Primigesta	1749	44,3	502	81	1213	39,1	34	15	
Secundigesta	1150	29,1	104	16,7	995	32	51	22,6	<,001
Multigesta	1052	26,6	14	2,3	897	28,9	141	62,4	
Total*	3951	100	620	100	3105	100	226	100	
Número de consulta pré-natal									
Menos de 7	2199	56,3	395	64,6	1693	55	111	50,2	
7 e mais	1710	43,7	216	35,4	1384	45	110	49,8	<,001
Total*	3909	100	611	100	3077	100	221	100	
Duração da gestação									
Pré Termo	139	3,6	40	6,6	92	3	7	3,1	
A termo	3766	96,2	567	93,2	2982	96,8	217	96,9	
Pós termo	6	0,2	1	0,2	5	0,2	0	0	<,001
Total*	3911	100	608	100	3079	100	224	100	
Tipo de nascimento									
Vaginal	1712	43,4	294	48	1343	43,2	75	33,3	
Cesárea	2233	56,6	319	52	1764	56,8	150	66,7	<,001
Total*	3945	100	613	100	3107	100	225	100	

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

p (significância estatística pelo teste do qui-quadrado se $p < 0,05$).

* Excluídas as DN sem informação ou dado ignorado.

A Tabela 5 refere-se à correlação estatística entre a variável idade materna e os dados da gestação e parto, encontrados nas DN investigadas. São apresentadas as características das mães em relação ao antecedente obstétrico, número de consulta pré-natal, duração da gestação e tipo de nascimento.

Idade materna *versus* Antecedente obstétrico

No tocante ao antecedente obstétrico observou-se 1749 (44,3%) primigestas, 1150 (29,1%) secundigestas e 1052 (26,6%) de multigestas (3 e + gestações).

Vale considerar o maior percentual de primigestas (81%) entre as adolescentes e de multigestas (62,4%) entre as acima de 35 anos. Desse modo, as variáveis idade materna e antecedente obstétrico apresentaram significância estatística ($p < 0,001$).

O antecedente obstétrico das 620 adolescentes é relevante, pois ao adicionarem-se os percentuais de primigestas e secundigestas, totalizaram 97,8%. Tal evidência merece atenção, sobretudo, ao reportar-se à escolaridade, renda e situação conjugal dessas mães, discutidos no capítulo 1.

Segundo o IBGE, até o ano de 2009, a taxa de fecundidade diminuiu e vem decrescendo desde então. Esse fato é um indicador positivo, pois mostra que está havendo preocupação para com o planejamento familiar, revelando a eficiência desse programa, apesar das dificuldades por parte das usuárias, no manuseio dos métodos contraceptivos. Em 1970, a mulher brasileira tinha em média 5,8 filhos. Trinta anos depois essa média caiu pra 2,3 filhos e, em 2009, essa taxa teve declínio para 1,94 filhos. Na Região Nordeste e no Estado da Paraíba esses percentuais se assemelham. Todavia, a taxa de fecundidade para as mulheres mais jovens tem se mantido elevada. No Brasil, essa taxa em mulheres com menos de 20 anos é de 32% (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2010).

O fato de o percentual de primigestas ter sido menor para as mulheres adultas revela que, com a difusão dos métodos contraceptivos, a mulher ou o casal decide por ter ou não filho, no tempo determinado, conforme seus projetos de vida. Em vista disso, cada

vez mais aumenta o número de mulheres que têm seu primeiro filho na idade adulta ou mesmo acima dos 35 anos, seja por decisão conjugal ou por produção independente, após a concretização da carreira profissional (CORRÊA e BURSZTYN, 2011).

De acordo com Bitencour (2011), a decisão pela carreira profissional, em oposição ao casamento e à maternidade, evidencia que o atributo “ter uma profissão” torna-se um elemento bastante significativo, operando simbolicamente na construção das identidades das mulheres contemporâneas.

Corroborando Szapiro e Carneiro (2002), pode-se constatar que a produção independente parece significar uma tentativa de construir um novo lugar de indivíduo para a mulher. Este novo lugar, em processo de construção, se reconhece, entretanto, na mais antiga marca cultural da mulher nas sociedades, a maternidade.

Idade materna *versus* Número de consulta pré-natal

A Tabela 5 revela os percentuais 56,3% e 43,7%, respectivamente, de realização de menos de 7 e mais de 7 consultas pré-natal. Entretanto, os dados da DN, nos anos analisados, não permitiram fazer uma análise precisa, pois agrupava esta variável em: nenhuma, 1-3, 4-6, 7+, ignorado. Para facilitar a avaliação estatística dos achados, agrupou-se esta variável em < 7 e 7+ consultas. Os achados apontaram para uma adesão insuficiente ao pré-natal, pois 6 é o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, para uma gestação de baixo risco (BRASIL, 2006).

Ao se correlacionar o número de consultas pré-natal com a idade materna, percebeu-se a dependência estatística entre as variáveis ($p < 0,001$), pois à medida que aumentou a idade materna, aumentou a adesão ao pré-natal. Ressaltando que o maior percentual de < 7 consultas pré-natal foi entre as adolescentes (64,6%).

A assistência pré-natal tem o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando à redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo no crescimento intra-uterino, fatores possivelmente

evitáveis, dependendo da qualidade assistencial prestada na gestação (GONÇALVES et al., 2008).

A preocupação com a maior cobertura e a adequada assistência pré-natal deve-se ao fato de que, por meio deste acompanhamento, podem-se realizar ações diversas em saúde, como: orientar as gestantes quanto ao cuidado com a saúde e à adoção de hábitos de vida saudáveis, para si e para seu filho; identificar situações de riscos para a gestação e o parto; aplicar intervenções oportunas e evitar desfechos desfavoráveis, para a mãe e para o bebê; favorecer o vínculo entre a gestante e o programa de atenção à saúde da mulher e da criança, para seguimentos posteriores. Para isso, a mulher deve iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre e ser acompanhada integralmente ao longo da gravidez, perfazendo seis ou mais consultas (COUTINHO et al., 2003).

Pelo exposto, independente da idade materna, os achados sobre os percentuais elevados de menor número de consulta pré-natal merecem especial atenção.

Idade materna *versus* Duração da gestação

A Tabela 5 revela que 139 (3,6%) gestações foram pré-termo, com < 36 semanas de duração; 3766 (96,2%) foram a termo, com 37 a 42 semanas incompletas; e 6 (0,2%) foram pós-termo, com 42 ou mais semanas.

A correlação entre a idade materna e a duração da gestação apresentou significância estatística ($p < 0,001$), com destaque para maior percentual de gestações pré-termo (nascimento prematuro) em adolescentes (6,6%). No universo pesquisado, prevaleceu os nascimentos a termo, considerando a idade gestacional (IG).

A IG é uma variável contida na DN que merece muita atenção e é considerada uma das mais estudadas na epidemiologia perinatal. De acordo com Mascarenhas e Gomes (2011), a maioria das crianças de alto risco nasce antes da data provável do parto e apresenta maior incidência de complicações neonatais. Além disso, a prematuridade é geralmente aceita como principal fator isolado na taxa de mortalidade infantil.

Silveira et al. (2008) constataram que 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil estavam associadas à prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios. A prematuridade é decisiva nos óbitos infantis e deve ter controle e manejo adequado com intervenções potencialmente efetivas para a redução deste indicador.

Para Pinto e Silva e Surita (2009), as mulheres que engravidam tardiamente, em maioria, apresentam ótimo estado de saúde, gestações planejadas e desejadas, muitas vezes de reprodução assistida. Porém, entre elas estão, também, aquelas que foram mães mais cedo e agora são múltíparas, com ou sem comorbidades associadas, mas que se tornam um contingente vulnerável a merecer atenção especializada.

As informações sobre os riscos associados à idade avançada são inconsistentes e conflitantes, devido a outras variáveis como paridade e doenças preexistentes, prejudicando esta a avaliação, isoladamente (ANDRADE et al., 2004). Os riscos são elevados, mesmo para uma mulher saudável, sobretudo em relação à prematuridade e ao aumento na frequência de cesárea. Há um conceito geral acerca de um maior risco obstétrico, decorrente da frequência aumentada de doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e miomas (AZEVEDO et al., 2002).

Nesse grupo também é observado aumento de complicações obstétricas, como trabalho de parto pré-termo, hemorragia ante parto, hipertensão induzida pela gestação, apresentações anômalas, distócias, gestação prolongada, oligoidramnia, polidramnia e ruptura prematura de membranas (ANDRADE et al., 2004).

Ao procurar compreender a correlação entre a variável duração da gestação e a idade reprodutiva, Monteiro et al. (2010) defenderam a pressuposição que o parto pré-termo, nas adolescentes, poderia ser considerado uma resposta adaptativa à imaturidade física dessas mulheres, visando assegurar melhor prognóstico a fetos menores.

Os achados dessa pesquisa, relativos à prematuridade, nos extremos de idade, e ao pós-datismo em mulheres acima de 35 anos contradizem afirmativas de inúmeras pesquisas, de que a idade materna, precoce ou tardia, influencia no processo gestacional, e que tem impacto negativo sobre os resultados perinatais.

Idade materna *versus* Tipo de nascimento

A Tabela 5 revela 2233 (56,6%) nascimentos por cesárea e 1712 (43,4%) por via vaginal. Ao correlacionar a idade materna com o tipo de nascimento percebeu-se que, com o aumento da idade materna, também aumentou o percentual de cesáreas; e que ao diminuir a idade materna, houve aumento do percentual de nascimento vaginal, revelando significância estatística ($p=0,001$).

Esse estudo mostrou que, assim como em outras localidades do país, a ocorrência de cesariana (56,6%) em Cajazeiras está além do recomendado por órgãos nacionais e internacionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para atender as indicações médicas de interrupção operatória da gravidez seria necessária uma incidência de cesariana em torno de 15%, limitando-se a situações de risco, para a mãe e a criança. Segundo dados do Ministério da Saúde, a cesariana representa 43% dos nascimentos realizados no Brasil, nos setores público e privado (BRASIL, 2009).

Para maior compreensão dessa elevada incidência de cesárea fez-se a correlação entre as variáveis: tipo de nascimento com a situação conjugal, o antecedente obstétrico, a duração da gestação e a situação econômica, conforme demonstrado na Tabela 6.

A Tabela 6 revela dependência estatística entre a variável tipo de nascimento e as demais correlacionadas ($p=0,000$). Percebe-se que o percentual de cesárea (65,4%), nas mulheres com companheiro, foi praticamente o dobro do vaginal; fato que também ocorreu entre as primigestas, 64% para 36%. Detecta-se que, com o aumento do número de gestações, esse percentual reduz. Quanto à duração da gestação, este percentual foi maior nas gestações a termo. Nos grupos considerados obstetricamente de risco (pré-termo ou prematuro e pós-termo), mais sujeitos a indicação para a cesárea, foi maior o percentual de nascimento vaginal, com 60,6% e 66,7%, respectivamente, para os referidos grupos.

Assim, os resultados sugerem que a realização da cesárea não esteve diretamente atrelada a possíveis fatores de risco; que não se baseou somente em normas técnicas, mas provavelmente em ou-

Idade materna *versus* Tipo de nascimento

A Tabela 5 revela 2233 (56,6%) nascimentos por cesárea e 1712 (43,4%) por via vaginal. Ao correlacionar a idade materna com o tipo de nascimento percebeu-se que, com o aumento da idade materna, também aumentou o percentual de cesáreas; e que ao diminuir a idade materna, houve aumento do percentual de nascimento vaginal, revelando significância estatística ($p=0,001$).

Esse estudo mostrou que, assim como em outras localidades do país, a ocorrência de cesariana (56,6%) em Cajazeiras está além do recomendado por órgãos nacionais e internacionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para atender as indicações médicas de interrupção operatória da gravidez seria necessária uma incidência de cesariana em torno de 15%, limitando-se a situações de risco, para a mãe e a criança. Segundo dados do Ministério da Saúde, a cesariana representa 43% dos nascimentos realizados no Brasil, nos setores público e privado (BRASIL, 2009).

Para maior compreensão dessa elevada incidência de cesárea fez-se a correlação entre as variáveis: tipo de nascimento com a situação conjugal, o antecedente obstétrico, a duração da gestação e a situação econômica, conforme demonstrado na Tabela 6.

A Tabela 6 revela dependência estatística entre a variável tipo de nascimento e as demais correlacionadas ($p=0,000$). Percebe-se que o percentual de cesárea (65,4%), nas mulheres com companheiro, foi praticamente o dobro do vaginal; fato que também ocorreu entre as primigestas, 64% para 36%. Detecta-se que, com o aumento do número de gestações, esse percentual reduz. Quanto à duração da gestação, este percentual foi maior nas gestações a termo. Nos grupos considerados obstetricamente de risco (pré-termo ou prematuro e pós-termo), mais sujeitos a indicação para a cesárea, foi maior o percentual de nascimento vaginal, com 60,6% e 66,7%, respectivamente, para os referidos grupos.

Assim, os resultados sugerem que a realização da cesárea não esteve diretamente atrelada a possíveis fatores de risco; que não se baseou somente em normas técnicas, mas provavelmente em ou-

tras razões apontadas em estudos, tais como: crença de que este procedimento é seguro, sem sofrimento e confortável para a mãe; noção de que esta intervenção representa assistência de melhor qualidade; por maior conveniência médica; pela possibilidade de laqueadura; por desinformação e falta de participação das mulheres nas decisões relacionadas à gravidez; por falta de comunicação entre médico e paciente, dentre outras (BARBOSA et al., 2003; CAMANO e SOUZA, 2002).

Tabela 6. Distribuição das mães investigadas conforme a variável tipo de nascimento *versus* situação conjugal, antecedente obstétrico, duração da gestação e situação econômica, Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Variáveis	Total		Tipo de nascimento				P
	n	%	Vaginal		Cesárea		
	n	%	n	%	n	%	
Situação conjugal							
Sem companheiro	2899	100	1346	46,4	1553	53,6	
Com companheiro	1007	100	348	34,6	659	65,4	<,001
Total*	3900	100	1694	43,4	2212	56,6	
Antecedente obstétrico							
Primigesta	1746	100	629	36	1117	64	
Secundigesta	1142	100	505	44,2	637	55,8	<,001
Multigesta	1046	100	572	54,7	474	45,3	
Total*	3934	100	1706	43,4	2228	56,6	
Duração da gestação							
Pré termo	137	100	83	60,6	54	39,4	
A termo	3754	100	1596	42,5	2158	57,5	<,001
Pós termo	6	100	4	66,7	2	33,3	
Total*	3897	100	1683	43,4	2214	56,6	
Situação econômica							
Com renda	1918	100	762	39,7	1156	60,3	
Sem renda	2019	100	943	46,7	1076	53,3	<,001
Total*	3937	100	1705	43,4	2232	56,6	

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

p (significância estatística pelo teste do qui-quadrado se $p < 0,05$).

* Excluídas as DN sem informação ou dado ignorado.

Embora haja a ideia de que as mulheres tenham preferência pela cesárea, por receio da dor do parto vaginal, por razões estéticas ou por temor de prejuízo na vida sexual, pesquisas comprovaram que o nascimento via vaginal é esperado pela maioria das gestantes, usuárias do SUS e dos serviços privados (BARBOSA, et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2002).

O percurso e o desfecho da gravidez nos extremos da vida reprodutiva sempre foram cercados de mitos, marcados por diferenças culturais que consideram esse fato ora uma recomendação, ora uma inconveniência biológica. Os avanços da medicina, com suporte em evidências científicas, tornaram as gestações mais seguras, em qualquer época da vida reprodutiva e, aliados a progressos sociais, nutricionais e educacionais, permitiram que fatores comprovadamente de risco fossem reduzidos (AZEVEDO et al., 2002).

A análise do tipo de nascimento permite avaliar, em parte, as práticas obstétricas no Brasil, especificamente no que concerne à cesárea. Em 2008, o Ministério da Saúde, atento ao crescimento de cesarianas no País, lançou a “Campanha Incentivo ao Parto Normal” (BRASIL, 2009).

A realização de cesáreas é justificada nos possíveis benefícios para a saúde materno infantil, em casos de placenta prévia, descolamento prematuro de placenta (DPP), desproporção cefalopélvica e eclampsia, dentre outras intercorrências obstétricas (CAMPANA e PELLOSO, 2007). Contudo, o aumento do número de cesáreas, nessa pesquisa, não revelou essa associação. Ao contrário, demonstrou uma prática frequente e realizada de modo desordenado e inadequado.

Embora essa pesquisa se refira a registros de uma maternidade pública, os achados sugerem que a realização da cesárea não se baseou apenas em critérios obstétricos e que tenha sido um caráter de bem de consumo, apresentado por quem possa custeá-lo, uma vez que, a realização de um procedimento cirúrgico implica em custo com medicamentos e outros procedimentos, necessários à recuperação e prevenção de agravos à saúde. Essa suposição está ancorada no fato que, nas mulheres com renda, o percentual de cesáreas (60,3%) foi mais expressivo que o vaginal (39,7%), conforme a Tabela 6.

Dados da gestação e parto, na série histórica analisada

Os dados apresentados na Tabela 7 demonstram a distribuição das mães segundo o ano de registro da DN *versus* o número de consultas pré-natal e o tipo de nascimento.

Na serie temporal investigada, do universo de 3914 DN, 2204 (56,3%) mães realizaram menos de 7 consultas; e 1710 (43,7%) acima de 7 consultas. No geral, percebe-se que não houve aumento na cobertura pré-natal entre os anos 2006 a 2009. Entre os anos 2006 e 2010 houve aumento de 4,9% na realização de 7 ou mais consultas; e os anos 2006 e 2008 apresentaram mesmo percentual (43,8%).

Tabela 7. Distribuição das mães investigadas conforme o ano de registro da DN de acordo com o número de consultas pré-natal e tipo de nascimento, Cajazeiras-PB, 2006 – 2010.

Ano de registro	Total		Nº Consulta pré-natal			
			Menos de 7		7 e +	
	n	%	n	%	n	%
2006	859	100	483	56,2	376	43,8
2007	818	100	495	60,5	323	39,5
2008	796	100	447	56,2	349	43,8
2009	683	100	390	57,1	293	42,9
2010	758	100	389	51,3	369	48,7
Total*	3914	100	2204	56,3	1710	43,7

Ano de registro	Total		Tipo de nascimento			
			Vaginal		Cesárea	
	n	%	n	%	n	%
2006	861	100	441	51,2	420	48,8
2007	826	100	359	43,5	467	56,5
2008	796	100	332	41,7	464	58,3
2009	691	100	284	41,1	407	58,9
2010	776	100	297	38,3	479	61,7
Total*	3950	100	1713	43,4	2237	56,6

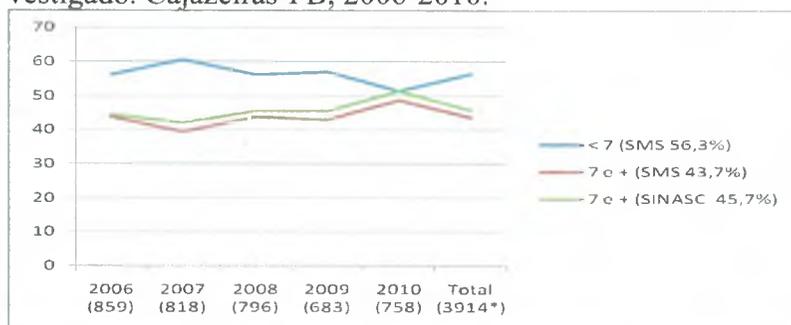
Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

* Excluídas DN com dados ignorados.

Conforme a Tabela 7, no município em estudo, o percentual de mães que realizaram acima de 7 consultas, exceto para a Região Nordeste (41,2%), é menor que os apontados para: Paraíba (50,25%) e João Pessoa (Capital) (56,2%), nos anos 2006-2009, segundo os Indicadores de Cobertura Pré-natal (BRASIL, 2012b).

Ao consultar-se o DATASUS foi observada discrepância entre os percentuais desta pesquisa (expressos na Tabela 7) e os informados para o município de Cajazeiras-PB, encontrados no SINASC. Nos anos 2006 a 2010, respectivamente, nesse sistema de informação constam os seguintes percentuais para a realização de 7 ou mais consultas pré-natal: 44,5%, 42,2%, 45,4%, 45,4% e 51,3% (BRASIL, 2012c). Ainda que os dados estejam superestimados, não revelam adesão esperada ao pré-natal, e não representam um indicador de saúde satisfatório. Para maior compreensão desse fato, o Gráfico 2 ilustra a tendência de realização de consultas pré-natal por ano investigado, no referido município.

Gráfico 2. Tendência de números de consulta pré-natal por ano investigado. Cajazeiras-PB, 2006-2010.



Fonte: DN, SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010; SINASC (BRASIL, 2012c).

* Excluídas DN com dados ignorados.

No Brasil, a cobertura de assistência pré-natal ainda é baixa e as desigualdades no acesso a esta assistência persistem, principalmente, quando se observam as taxas por regiões geográficas e a residência na zona rural. As recomendações de órgãos oficiais de saúde

para o controle ante natal são: início precoce, cobertura universal, realizado periodicamente, integrado com ações preventivas e curativas, os profissionais realizarem um mínimo de 6 consultas. O sucesso desse controle depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas pré-natal, para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados; que seja iniciado até o quarto mês de gestação, o mais precoce possível; que o intervalo entre duas consultas não ultrapasse oito semanas (BRASIL, 2007).

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pela assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos orgânicos da reprodução humana e a presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. Estima-se que 98% das mortes maternas sejam evitáveis, com adoção de medidas relativamente simples, destacando a qualidade da assistência perinatal e acesso garantido aos serviços de saúde (XIMENES NETO et al., 2008; BRASIL, 2006).

A atenção pré-natal deve ter como objetivos: o ingresso precoce, a captação das gestantes, a periodicidade e continuidade dos atendimentos. Dessa forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto, como um dos componentes que contribuem para redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2006; BRASIL, 2006).

No que se refere ao tipo de nascimento conforme os anos de registros da DN, na Tabela 7 verificam-se 56,6% de cesáreas e 43,4% de vaginais, no universo de 3950 nascidos vivos. Contrapondo o que se evidencia nos percentuais de nascimento por via vaginal, ano a ano, houve aumento na incidência de cesáreas. Tomando-se como referência o ano 2006, comparando-o aos demais anos investigados, o percentual de cesárea se elevou em 7,7%, 9,5%, 10,1% e 12,9%, respectivamente, 2006-2007, 2006-2008, 2006-2009 e 2006-2010.

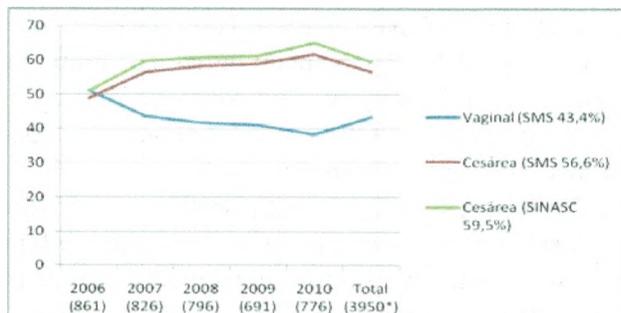
Novamente, os achados desta pesquisa são mais elevados que os divulgados pelo SINASC, no tocante à proporção de cesáreas por nascidos vivos (2006-2009), pois na Região Nordeste, Paraíba, João

Pessoa e Cajazeiras, respectivamente, os percentuais de cesáreas foram 37,9; 45,9; 57,73 e 58,2 (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Ao consultar o SINASC/DATASUS também se observaram acréscimos nos percentuais informados para o município de Cajazeiras-PB, no tocante aos “nascimentos/residência da mãe por ano do nascimento segundo tipo de parto. Cajazeiras, PB (2005-2010)”, comparados aos desta pesquisa. Nesta série anual, respectivamente, constam os seguintes percentuais para a cesárea: 42,7; 50,9; 59,7; 60,9; 61,2 e 64,9 (BRASIL, 2012d). Para maior compreensão desse fato, o Gráfico 3 ilustra a tendência de tipos de nascimento por ano investigado.

Assim, percebe-se incompatibilidade entre os dados extraídos dos documentos (primários – DN) analisados nesta pesquisa e os divulgados no Departamento de Informática do SUS. Contudo, em ambos, a proporção de cesáreas, no município investigado, está além da estabelecida pelo Ministério da Saúde, e vai de encontro à “Campanha de Incentivo ao Parto”, não representando um indicador de saúde satisfatório.

Gráfico 3. Tendência de tipos de nascimento por ano investigado. Cajazeiras-PB, 2006-2010.



Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010; SINASC (BRASIL, 2012d). * Excluídas DN com dados ignorados.

Em vista disso, a OMS relata que tem havido aumento da incidência de cesariana em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento. Na América Latina, cerca de 800 mil cesarianas desnecessárias são realizadas anualmente (GIGLIO, LAMOUNIER e MORAIS NETO, 2005).

A esterilização é proibida pelo Código Penal Brasileiro e pelo Código de Ética Médica (BRASIL, 1996; CFM, 2009), mas não é raro os profissionais de saúde realizarem a laqueadura durante uma cesárea.

Caso a laqueadura tubária fosse um procedimento permitido legalmente, a ser realizado sem restrições, talvez se encontrasse explicação para essa tão elevada proporção de cesárea, pois, na prática, um dos motivos principais para a realização desse procedimento é a ligadura das trompas. A esse respeito, pesquisa realizada por Monteiro e Farias (2011), na maternidade do município de Cajazeiras-PB, revelou 33,3% de puérperas que haviam realizado cesárea para tal finalidade.

Embora esta pesquisa não tenha investigado as DN de 2005, e os dados do DATASUS sejam inferiores aos dos documentos primários de alimentação do SISNAC, percebe-se, conforme a Tabela 7, que os dados encontrados em 2006 são mais elevados em relação aos informados no DATASUS, para 2005. Na comparação temporal encontrou-se que, de 2006 para 2008, e 2006 para 2010, as diferenças percentuais, 9,5% e 12,9%, respectivamente, foram expressivas.

Se também for levado em consideração que 2006, 2008 e 2010 foram anos de eleições, talvez se possa encontrar resposta para esse considerável aumento gradativo nas taxas de cesáreas, em Cajazeiras. Em 2008 ocorreu eleição para prefeito e vereadores e, em 2006 e 2010, para governador, senador e deputados federais e estaduais. Destacando, neste município, a existência de médicos e outros profissionais da área da saúde envolvidos com a política governamental estadual e municipal, os quais possam ter realizado a cesárea com fins eleitoreiros.

Posicionando-se sobre a troca de serviços de saúde por votos, Macaúbas (2011, p. 91 e 174) afirma:

Por muito tempo, vigoraram no País práticas eleitorais; a troca do voto por favores e no aspecto saúde pública, até nos dias de hoje, essa ação permanece, mesmo com aparato legal repressivo. Especificamente no que tange à esterilização, esse fato foi muito denunciado à CPMI (...). Parece que essa prática tem resquícios nos rincões brasileiros.

Por outro lado, a cesárea é um procedimento cirúrgico desenvolvido, muitas vezes, com o objetivo de salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É, portanto, um recurso que pode ser utilizado quando houver algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, durante a evolução da gravidez e/ou do parto. Como todo procedimento cirúrgico, “a cesárea não é isenta de riscos, estando associada, no Brasil e em outros países, a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal” (BARBOSA et al., 2003, p.1615).

A maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser rejeitada quando não há indicação médica, porque implica maior risco de complicações para mãe e filho. A mulher tem o direito de decidir qual a via de nascimento de sua preferência, e ao médico cabe apenas aceitar a decisão de sua paciente (BRASIL, 2006). Todavia, Faúndes et al. (2004) afirmam que outros dão preferência à cesárea, em qualquer circunstância, baseados na suposta segurança fornecida por novas técnicas de anestesia e aprimoramento da técnica cirúrgica.

Nesse sentido, faz-se necessário combater essa prática abusiva de domínio e de mudança de rota sobre o corpo da mulher, na qual lhe é imposta, por vezes, situações impensadas e irreversíveis, em detrimento da prática educativa, conscientizadora e libertadora. Refere-se aqui, sobretudo, ao ensino efetivo e eficaz acerca dos métodos contraceptivos, com destaque ao uso e manuseio adequado, fornecendo-lhe suporte de escolha pelo método que for conveniente e oportuno à situação de vida e saúde. Pois, distribuir preservativo masculino e anticoncepcionais hormonais oral e injetável, indiscriminadamente e sem controle, como tem sido feito na maioria dos serviços básicos de saúde, não significa planejamento familiar.

Referências

- ANDRADE, P. C. et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Natal, v. 26, n. 9, p. 697-702, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.
- AZEVEDO, G. D. et al. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Natal, v. 24, n. 3, p. 181-185, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n3/a06v24n3.pdf>>, Acesso em: 02 jul. 2012.
- BARBOSA, M. V. O, et al. Parto cesárea: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- BITENCOUR, S. M. Maternidade e produtividade: quando se é mãe no doutorado. In: CONGRESSO LUSO AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. DIVERSIDADES E (DES) IGUALDADES, 16., 2011. **Anais...** Salvador: PAF I e II, ago 2011. P. 1-20. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/recursos/anais/3/1307553680_ARQUIVO_Maternidadeeprodutividade1.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- BRASIL. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2010. Indicadores demográficos. **Taxa de fecundidade total, segundo Região e UF**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/a05.htm>> Acesso em: 27 set. 2012a.
- _____. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2010. Indicadores de cobertura. **Proporção de partos cesáreas e cobertura de consultas de pré-natal**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2F-tabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2010%2Fmatriz.htm&bo-taook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2010%2Fmatriz.htm#demog>> Acesso em: 25 set. 2012b.
- _____. DATASUS. Nascidos vivos – Paraíba. **Nascimento por residência da mãe por ano de nascimento segundo consulta pré-natal. Cajazeiras, PB (2006-2010)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpb.def>> Acesso em: 25 set. 2012c.

_____. DATASUS. Nascidos vivos – Paraíba. **Nascimento por residência da mãe por ano do nascimento segundo tipo de parto. Cajazeiras, PB (2005-2010)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpb.def>> Acesso em: 25 set. 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume11.pdf> Acesso em: 25 set. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 25, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf> Acesso em: 25 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf> Acesso em: 25 set. 2012.

_____. 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 – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf> Acesso 25 set. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm> Acesso em: 26 set. 2012.

CAMANO, L.; SOUZA, E. **Assistência ao parto e tocurgia**. Manual de orientação. FEBRASGO. São Paulo, 2002.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.1, p. 51–63, jan./abr. 2007. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7135/5048>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Novo código de ética médica**. Conselho Regional de Medicina do Paraná e Conselho Federal de Medicina – Curitiba: 2009. Disponível em: <http://www.cg.unimed.com.br/arquivos/novo_codigo_de_etica_medica.pdf> Acesso em: 26 set. 2012.

CORRÊA, J. S.; BURSZTYN, I. Representações e práticas referentes à gravidez e contracepção entre jovens. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 6-14, jan./mar. 2011. Disponível em: <www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=259>. Acessado em 20 set. 2012

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 25, n. 10, p 717-724, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n10/19009.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n.4, p. 488-94, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

GIGLIO, M. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; MORAIS NETO, O. L. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano 2000. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 350-7, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24787.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2010.

GONÇALVES, R. et. al. Avaliação da Efetividade da Assistência Pré-Natal de uma Unidade de Saúde da Família em um Município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-53, mai./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a12v61n3.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-74, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>>. Acessado em 12 jun. 2012.

MACAÚBAS, A. S. **Rotas alteradas**: trajetórias e significados da esterilização para mulheres atendidas no Serviço de Planejamento Familiar-SPF do SUS municipal de Cuiabá-MT. 2011. 243f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC-SP. São Paulo, 2011. Disponível em:<<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/rotas-alteradas-trajetorias-e-significados-da-esterilizacao-para-mulheres-atendidas-no-servico-de-planejamento-familiar-spf-do-sus-%5B104-030811-SES-MT%5D.pdf>> Acesso em: 25 set. 2012.

MASCARENHAS, M. D. M.; GOMES, K. R. O. Confiabilidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Teresina, Estado do

Piauí, Brasil - 2002. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, Supl 1, p. 1233-239, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a55v16s1.pdf>> Acesso em 26 set. 2012.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende**: obstetrícia fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MONTEIRO, M. C. et al. Resultados obstétricos e perinatais de mães adolescentes a partir da Declaração de Nascimento Vivo, Cajazeiras, PB, 2006. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7, 2010. **Anais ...** Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande - PB, 2010.

MONTEIRO, C. M. G.; FARIAS, M. C. A. D. **Fatores que influenciam à realização da cesárea**. 2011. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, Paraíba, 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.173-179, jan. 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/18.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012.

SANTOS, G. H. N. dos. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>> Acesso em 20 ago. 2012.

PINTO e SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e vias de parto. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstet.** [on line], Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 321-25, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas, v. 42, n. 5, p. 957-64, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6786.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SZAPIRO, A. M.; CARNEIRO, T. F. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade independente. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.15, n.1, p.179-88, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a19v15n1.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, v. 61, n.5, p. 595-602, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>> Acesso em: 25 set. 2012.

CAPÍTULO 3

PESO DO RECÉM-NASCIDO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB, 2006-2010

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Alcides da Silva Diniz

Karla Maria Duarte Silva Oliveira

Conforme a classificação dos indicadores básicos de saúde, o peso ao nascer é um indicador de fator de risco e proteção à saúde, uma vez que permite prever e definir grupos de risco de morbimortalidade neonatal.

Nos países desenvolvidos, cerca de dois terços dos recém-nascidos de baixo peso são prematuros, enquanto um terço é pequeno para a idade gestacional (PIG). Nos países pobres, 75% dos recém-nascidos de baixo peso são PIG (MINAGAWA et al., 2006). No Brasil, as taxas para recém-nascidos de baixo peso mantêm-se variadas. Na Região Nordeste a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em gestações pré-termo, a termo ou pós-termo, nos anos 2000 a 2009, variou entre 6,64% a 7,59%, com média percentual de 7,28%. Na Paraíba e João Pessoa, as médias nessa década foram, respectivamente, 6,62 e 8,07% (BRASIL, 2012a). Em Cajazeiras, PB, nos anos 2000 a 2010, a média de BP foi de 6,7% (BRASIL, 2012b).

O peso do RN não deve ser analisado isoladamente como o resultado de um produto final, uma vez que a qualidade do crescimento fetal depende da interação do organismo do feto com o da mãe, e do suprimento nutricional, influenciado por fatores maternos e placentários. Devido ao crescimento ser um processo que inicia na concepção, é importante que a mãe tenha assistência integral adequada durante a gestação, pois dela dependerá o desenvolvimento adequado do feto (PINOTTI, FONSECA e BAGNOLI, 2006).

A medida primária de massa corpórea do recém-nascido é o peso ao nascer, obtido preferencialmente durante a primeira hora de

vida, antes que ocorra significativa perda de peso pós-natal. Sendo assim, a classificação do peso permite identificar grupos de risco de morbimortalidade peri e neonatal, para definir ações preventivas e terapêuticas (SILVA, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o peso do RN como um indicador de atenção à saúde, e o classifica em: adequado - de 3.000 a 3.999g, inadequado-insuficiente - de 2.500 a 2.999g, baixo - de 1.500 a 2.499g, muito baixo - de 1000 a 1499g e muitíssimo baixo < 1.000g (CECCON, 2007).

Os recém-nascidos também são classificados segundo a idade gestacional, contada a partir do início da última menstruação. Assim, RN pré-termo é o que nasce entre 20 semanas e antes do término de 37 semanas de gestação; pós-termo, aquele que nasce ao término de 42 semanas ou mais e a termo, aquele com nascimento entre 37 e 41 semanas (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008). A idade gestacional, por sua vez, também pode interferir no peso do RN. Assim, quanto menor for a IG, menor é esperado o peso do RN.

Para Ramos, Vaz e Calil (2003), RN a termo, de BP ao nascer, é considerado PIG, em decorrência do menor crescimento in útero. O RN PIG tem peso abaixo do percentil 10, de acordo com o critério de Battaglia e Lubchenco, baseado na curva de crescimento intra-uterino.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2008), para classificar o RN usando esse critério, considera-se como adequado para idade gestacional (AIG) aquele cujo peso se encontra entre os percentis 10 e 90; PIG, o que se encontra abaixo do percentil 10, e grande para idade gestacional (GIG), o que está acima do percentil 90. Essa classificação auxilia a prever, com razoável margem de segurança, qual será o ritmo de crescimento imediato e remoto de determinado RN, bem como o provável tempo de permanência na unidade neonatal.

Alguns neonatos PIG podem apresentar restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), por não alcançarem o padrão de crescimento esperado, sendo considerados de risco, com morbimortalidade perinatal aumentada, em comparação a neonato AIG.

Portanto, é fundamental conhecer a diferença entre um RN

de BP que cresceu de forma adequada dentro do útero materno e um que sofreu as consequências de crescimento intra-uterino retardado.

Nesse sentido, concorda-se que:

uma diferença importante entre os neonatos PIG e os RCIU é que nem todos os PIG são RCIU. Como também nem todos os neonatos que apresentam RCIU são PIG. Alguns recém-nascidos PIG têm constituição pequena: estatisticamente são pequenos, mas são saudáveis nos demais aspectos. Sendo assim, os problemas que apresentarão serão diferentes, tornando-os também diferentes, não só no manejo, como também no prognóstico (RICCI, 2008, p.567).

Para Malveira et al. (2006), entre as complicações associadas aos RN de baixo peso ao nascer estão: infecções neonatais, hipóxia, aspiração de mecônio, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, hipotermia, hemorragia pulmonar, distúrbio metabólico. Os avanços tecnológicos na assistência aos neonatos de alto risco têm possibilitado maiores chances de sobrevivência, decorrentes do elevado tempo de permanência em unidades de terapia intensiva neonatal. No entanto, os procedimentos invasivos, aos quais são submetidos, os levam a maiores riscos de adquirir complicações que contribuem para o aumento da mortalidade em unidades neonatais.

Segundo Ramos e Cuman (2009), a mortalidade e a morbidade neonatal são mais elevadas entre neonatos de BP ao nascer e prematuros, pois apresentam nascimentos que demandam altos custos econômicos e necessitam de atendimento em maior nível de complexidade, devido a maiores chances de complicações e sequelas, carecendo de estrutura técnica, equipamento e recursos humanos capacitados para o atendimento adequado e reversão da situação de risco apresentada ao nascer.

Existem várias condições maternas que podem interferir no peso do RN, tais como: idade, número de gestações e paridade, curto intervalo entre os partos, condição socioeconômica precária, desestruturação familiar, deficiência na assistência pré-natal, baixa escolaridade, reduzido peso no início ou ganho insuficiente na gestação,

a hipertensão arterial e o uso de drogas lícitas e ilícitas (CECCON, 2007).

Pelo exposto, procurou-se investigar o peso do RN observando sua ocorrência na série histórica analisada, frente à idade materna e aos dados da gestação e do parto, no município de Cajazeiras-PB, a partir da Declaração de Nascido Vivo.

Desse modo, esse capítulo está dividido em dois tópicos: Dados do peso do RN na série histórica 2006-2010; Peso do RN em relação à idade materna e aos dados da gestação e parto.

Dados do peso do RN na série histórica 2006-2010, Cajazeiras-PB

A Tabela 8 apresenta os dados referentes à distribuição do peso dos nascidos vivos em relação ao ano de registro da DN. A consolidação dos dados mostra que o percentual médio para a série histórica investigada foi de 86,5% de RN com peso adequado, 7,6% com sobrepeso e 5,9% com baixo peso. Comparando-se o BP com o SP, ano a ano, percebe-se que, em 2006, o percentual de SP foi praticamente o triplo do BP. Nos demais anos, esses percentuais praticamente se equivalem.

Tabela 8. Distribuição do peso ao nascer dos RN, na série histórica 2006–2010, SMS - Cajazeiras-PB.

Ano do Registro	Total		Peso do RN (g)					
	n	%	< 2500		2500 a 3999		≥ 4000	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	862	100	40	4,7	701	81,3	121	14,0
2007	822	100	57	6,9	713	86,7	52	6,4
2008	803	100	46	5,7	710	88,4	47	5,9
2009	697	100	49	7,0	604	86,7	44	6,3
2010	777	100	42	5,4	698	89,8	37	4,8
Total*	3961	100	234	5,9	3426	86,5	301	7,6

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010. * Excluídas DN com dados ignorados.

O Gráfico 4 demonstra a tendência do peso do RN ao nascer, por ano investigado, em que se percebe a constância e expressividade nos percentuais de peso adequado do RN.

Na série investigada, verifica-se que aumentou, discretamente, o percentual de BP. Tendo como parâmetro o ano 2006, essa elevação, em 2010, foi de 0,7% e, em 2009, 2,3%. Enquanto que, no SP, houve decréscimo considerável nos percentuais, pois, 14% foram observados em 2006 e, nos demais anos, percentuais consideravelmente menores. Assim, com a progressão cronológica, observou-se um aumento do percentual de BP e um decréscimo da taxa de sobrepeso do RN.

Tabela 9. Nascimentos por residência da mãe por ano, segundo peso ao nascer. DATASUS/SINASC - Cajazeiras-PB, 2006–2010.

Ano do Registro	Total		Peso do RN (g)					
	n	%	< 2500		2500 a 3999		≥ 4000	
			n	%	n	%	n	%
2006	675	100	30	4,4	539	79,9	106	15,7
2007	910	100	79	8,7	776	85,3	55	6,0
2008	869	100	64	7,4	757	87,1	48	5,5
2009	802	100	71	8,8	683	85,2	48	6,0
2010	871	100	54	6,2	762	88,6	55	5,2
Total*	4127	100	298	7,1	3426	85,2	312	7,7

Fonte: MS/SVS/DASIS - SINASC (BRASIL, 2012b).

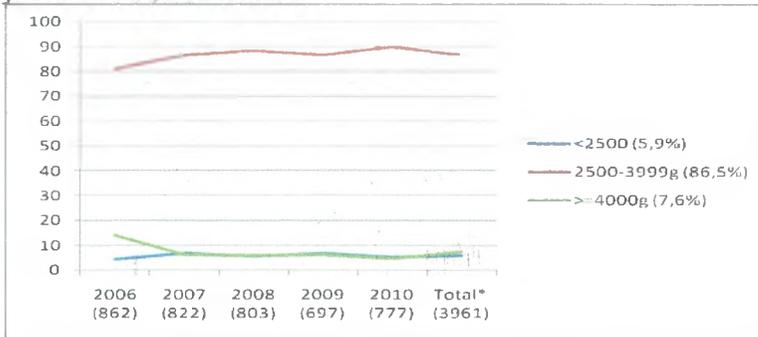
* Excluídos dados ignorados.

Na Tabela 9 são apresentados os registros do DATASUS/SINASC relativos aos nascimentos conforme o peso do RN, no município de Cajazeiras-PB, nos anos 2006-2010. O fato curioso é que, no ano 2006 faltam 186 registros e nos demais anos, os registros são a mais, destacando 105 em 2009.

Os dados dessa pesquisa apresentam números absolutos e percentuais, com diferenças para mais ou para menos, em relação aos do SINASC, ao longo da mesma série investigada. Entretanto,

comparando-se os Gráficos 4 e 5, observa-se semelhante tendência do peso do RN, quando analisados os percentuais médios nas categorias de baixo peso, adequado ou sobrepeso, no município em análise.

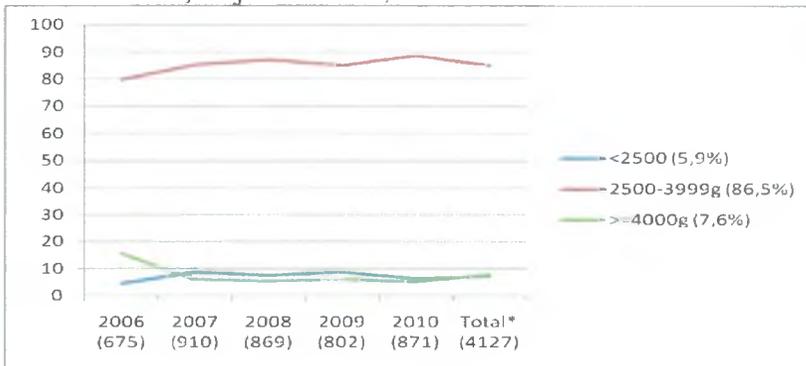
Gráfico 4. Tendência do peso do RN por ano investigado. SMS, Cajazeiras-PB, 2006-2010.



Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

* Excluídas DN com dados ignorados.

Gráfico 5. Tendência do peso do RN por ano investigado. DATA-SUS/SINASC, Cajazeiras-PB, 2006-2010.



Fonte: MS/SVS/DASIS - SINASC (BRASIL, 2012b).

* Excluídos dados ignorados.

O BP pode ser considerado como um dos mais significativos indicadores para a qualidade de vida da criança, uma vez que pode favorecer, também, às infecções neonatais, maior hospitalização,

tendência em prejuízo no crescimento e desenvolvimento neuropsicológico pós-natal (MALVEIRA et al., 2006).

Conforme Leal et al. (2004), a assistência pré-natal tem se caracterizado como um dos principais fatores de proteção contra o baixo peso ao nascer, assim como da prematuridade e do óbito perinatal. É a partir desse programa de atenção voltada à saúde da mulher que é possível garantir o rastreamento das gestantes de alto risco, promover acompanhamento especializado, com ações profiláticas, específicas para a gestante e o feto.

Para Faria e Zanetta (2008), o acompanhamento periódico das gestantes, através de consultas pré-natais, possibilitará desenvolver estratégias baseadas em ações preventivas que favoreçam às crianças apresentarem satisfatório crescimento intra-uterino, diminuição na incidência de mortalidade fetal e de baixo peso ao nascer.

Peso do RN em relação à idade materna e dados da gestação e parto

A Tabela 10 apresenta as características do peso do RN conforme a idade materna, número de consulta pré-natal, antecedente obstétrico, duração da gestação e tipo de nascimento.

Peso do RN *versus* Idade materna

Na correlação estatística peso RN/idade materna verificou-se que, nas 3 (três) categorias de peso, a distribuição percentual foi similar entre as mulheres adultas e as mulheres jovens. Todavia, frente aos extremos de idade materna e peso do RN, percebeu-se percentual maior de baixo peso (< 2500g) ao nascer e de sobrepeso (\geq 4000g), 20,9% e 9,3%, respectivamente, entre as mães adolescentes. Desse modo, as variáveis peso do RN e idade materna apresentaram significância estatística ($p=0,002$), conforme pode ser observado na Tabela 10.

Gestação no extremo da idade reprodutiva, como em adolescentes, apresenta riscos para RN de BP, devido aos seguintes fatores:

natureza biológica com imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação, mudança no estilo de vida, condições econômicas desfavoráveis, falta de cuidados pré-natais (SILVA, 2005).

Tabela 10. Distribuição do peso do RN *versus* idade materna, consultas pré-natal, antecedente obstétrico, duração da gestação e tipo de nascimento. Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Variáveis	Total		Peso do RN (g)						P
	n	%	< 2500		2500 a 3999		≥ 4000		
			n	%	n	%	n	%	
Idade materna									
≤ 18	619	15,6	49	20,9	542	15,8	28	9,3	,002
19 a 35	3110	78,6	167	71,4	2692	78,7	251	83,7	
Acima de 35	227	5,8	18	7,7	188	5,5	21	7,0	
Total	3956	100	234	100	3422	100	300	100	
Número de consulta pré-natal									
Menos de 7	2196	56,2	173	75,9	1879	55,6	144	48,3	<,001
7 e mais	1709	43,8	55	24,1	1500	44,4	154	51,7	
Total	3905	100	228	100	3379	100	298	100	
Antecedente obstétrico									
Primigesta	1747	44,3	110	47,2	1529	44,8	108	36	<,001
Secundigesta	1148	29,1	44	18,9	1000	29,3	104	34,7	
Multigesta	1050	26,6	79	33,9	883	25,9	88	29,3	
Total*	3945	100	233	100	3412	100	300	100	
Duração da gestação									
Pre termo	139	100	99	71,3	38	27,3	2	1,4	<,001
À termo	3761	100	126	3,4	3338	88,7	297	7,9	
Pós termo	6	100	0	0	6	100	0	0	
Total	3906	100	225	5,8	3382	86,6	299	7,7	
Tipo de nascimento									
Vaginal	1707	43,3	135	58,7	1479	43,4	93	31	<,001
Cesárea	2233	56,7	95	41,3	1931	56,6	207	69	
Total	3940	100	230	100	3410	100	300	100	

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

p (significância estatística pelo teste do qui-quadrado se $p < 0,05$).

* Excluídas as DN sem informação ou dado ignorado.

A idade materna mais avançada merece atenção para cuidados obstétricos assim como para a gravidez em idade precoce, pelo fato de também constituir uma gravidez que pode implicar aumento para a mortalidade neonatal, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos, devido ao fato de mulheres nessa fase da vida apresentarem aumento na incidência de doenças como diabetes, hipertensão crônica, hipotireoidismo e maior probabilidade para ocorrência de nascimentos com malformações congênitas (ANDRADE et al., 2004).

De acordo com Senesi et al. (2004), as alterações do peso do RN podem ser mais frequentes entre gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Assim, um bom atendimento obstétrico pode atuar como um fator importante na prevenção de possíveis problemas perinatais.

Nascimento e Souza (2002) afirmam que, com o aumento do sobrepeso na população brasileira, faz-se necessário um controle mais eficiente do ganho de peso na gestação, pois o consumo indevido de nutrientes, inclusive ingestão aumentada de lipídios e carboidratos pode ser considerada condição de risco, que pode levar ao ganho de peso, tanto na gestante quanto no RN.

A referência aos fatores socioeconômicos das mães investigadas nesta pesquisa, discutidos no capítulo 1, pode justificar a incidência do baixo peso, em Cajazeiras. Conforme Paula et al. (2010), o baixo nível socioeconômico está associado ao estado nutricional e a outros fatores determinantes da velocidade de crescimento intra-uterino.

Peso do RN *versus* Número de consultas pré-natal

De acordo com a Tabela 10, ao se correlacionar o peso do RN com o número de consultas pré-natal, percebeu-se que o maior percentual (75,9%) de BP ao nascer foi nas mulheres que realizaram menos de 7 consultas. Frente aos dados, observa-se a existência de extrema dependência estatística entre as variáveis ($p < 0,001$), expressando que, ao se reduzir o número de consulta pré-natal, aumenta a incidência de BP ao nascer.

De acordo com os dados apresentados, supõe-se que a presença de RN com BP seja decorrente de mães com baixa escolaridade materna, baixa condição sócio-econômica, que não seguiram satisfatoriamente as orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal.

Para Dias, Rotenberg e Marcolan (2007, p.105), "o diagnóstico e o acompanhamento nutricional da gestante são ações que devem fazer parte da rotina do pré-natal, como estabelecimento de intervenções precoces e eficazes", na prevenção de agravos e controle de riscos potenciais à saúde da mãe e feto.

Conforme Barbas et al. (2009), grávidas com baixo nível socioeconômico e educacional têm menor assistência pré-natal, dificuldade de acesso aos serviços, falta de conhecimento da importância da realização das consultas de pré-natal durante a gestação; fatores que refletem no déficit no peso do RN.

Com relação ao índice de SP, os resultados mostram a importância de que seja realizado aconselhamento nutricional e um controle do peso da gestante durante as consultas de pré-natal, pelos profissionais de saúde. Este procedimento favorece às gestantes apresentarem menos complicações relacionadas ao peso materno, insuficiente ou em excesso, e seus filhos um crescimento intra-uterino adequado e menor prevalência de mortalidade neonatal.

Santos, Velarde e Ferreira (2010) sugerem que medidas preventivas, como as atividades de orientação nutricional, devam ser estabelecidas visando não só uma mudança de hábitos alimentares inadequados, mas evitar possíveis consequências danosas, materna e fetal.

Peso do RN *versus* Antecedente obstétrico

A Tabela 10 também apresenta os dados referentes ao peso do RN conforme o antecedente obstétrico das mães investigadas. Diante da correlação entre as variáveis percebe-se que o BP teve maior percentual entre as primigestas (47,2%) e multigestas (33,9%). As variáveis peso do RN e antecedente obstétrico demonstraram depen-

dência estatística ($p < 0,001$).

Segundo Carniel et al. (2003), os RN de primíparas têm maior probabilidade de apresentar BP ao nascer, um maior risco de óbito por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida. Esses riscos se acentuam para as adolescentes.

A paridade e o intervalo interpartal implicam em riscos de diferentes magnitudes para a mulher e o neonato. As primíparas têm normalmente crianças com média de peso ao nascer inferiores às múltiparas. No entanto, grandes múltiparas, têm maior tendência a intervalos interpartais mais curtos, importante fator de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal e infantil e desnutrição na infância (FRANCESCHINI et al., 2003).

Em relação às múltiparas, o efeito da frequência dos ciclos reprodutivos sobre as reservas nutricionais maternas, determinando a “síndrome de depleção materna”, deve ser motivo de preocupação em comunidades carentes, onde a disponibilidade de alimentos é frequentemente escassa, podendo agravar o estado nutricional materno, com esgotamento das reservas corporais (FRANCESCHINI et al., 2003).

Peso do RN *versus* Duração da gestação

A Tabela 10 revela que o registro de BP ao nascer foi prevalente na gestação pré-termo ou prematura (71,3%) e os de peso adequado, nas gestações a termo (88,7%). Portanto, a correlação estatística entre as variáveis peso do RN e duração da gestação revelaram extrema significância estatística ($p < 0,001$), uma vez que a prematuridade atuou como determinante para o BP ao nascer.

Os casos de sobrepeso encontraram-se nas gestações a termo. Tal evidência contrapõe a afirmativa de que RN com sobrepeso é mais frequentemente observado quando a gestação ultrapassa 42 semanas. Entretanto, a gestação pós-termo pode resultar em aumento na morbidade perinatal, oligoâmnio ou oligoidrâmnio, compressão funicular, hipoxia fetal, aspiração de mecônio e óbito fetal ou neonatal (OLIVEIRA NETO e MENDONÇA, 2000).

Embora essa pesquisa não tenha permitido investigar as causas e consequências da pré e pós maturidade gestacional, corroborase a afirmativa de Salge et al. (2009), de que o nascimento prematuro está relacionado ao aumento da mortalidade neonatal, como também, à complicações após o nascimento, tornando-se mais acentuado os riscos quando o RN prematuro encontra-se com BP, repercutindo diretamente nas suas condições de vida.

Peso do RN *versus* Tipo de nascimento

A Tabela 10 revela 2233 (56,7%) nascimentos por cesárea e 1707 (43,3%) por via vaginal. Ao correlacionar a peso do RN com o tipo de nascimento percebeu-se que 58,9% de RN de BP nasceram por via vaginal e 69% de SP, por cesáreas. Essas variáveis apresentaram significância estatística ($p < 0,001$).

Tal resultado também foi observado por Santos et al. (2009), em que, as crianças que nasceram via vaginal tiveram maior chance de nascerem com peso inadequado; revelaram ainda a maior ocorrência de cesarianas entre grupos de baixo risco obstétrico e de mulheres de estratos sociais mais elevados, sugerindo que as indicações deste procedimento não são exclusivamente técnicas. Esta evidência foi confirmada nesta pesquisa, ao se discutir os dados da gestação e parto, no capítulo 2.

O nascimento vaginal tem sido preterido, devido estar associado à mortalidade neonatal, comparado ao cesariano. Segundo Ribeiro et al. (2009), nesta associação incluem-se fatores como: a má-qualidade da assistência ao parto e o nascimento vaginal nas gestações de alto risco, dentre outros.

Frente aos achados relativos ao peso e a sua correlação com as variáveis expressas na Tabela 10, merece destacar que o potencial de crescimento fetal adequado depende, então, de variáveis biológicas (idade e altura maternas, paridade e sexo do recém nascido), patológicas (o estado nutricional materno inadequado, as síndromes hipertensivas da gestação e o diabetes gestacional) e socioeconômicas (escolaridade materna, renda familiar e riscos comportamentais

como tabagismo, que podem estar associados a estresse psicossocial) (LUCYK e FURUMOTO, 2008).

Referências

ANDRADE, P. C. et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Natal, v. 26, n. 9, p. 697-702, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

BARBAS, D. S. et al. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.18, n. 2, p.161-70, 2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=51674-4974>> Acesso em: 23 set. 2012.

BRASIL. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2010. Indicadores de fatores de risco e proteção. **Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, segundo Região e UF: (%) por gestação segundo ano**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/g16.def>> Acesso em: 30 set. 2012a.

_____. DATASUS. Nascidos vivos – Paraíba **Nascimento por residência da mãe por ano do nascimento segundo peso ao nascer. Cajazeiras-PB (2000-2010)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpb.def>> Acesso em: 02 out. 2012b.

CARNIEL, E. F. et al. A declaração de nascido vivo como orientadora de ações em nível local. **Rev. Bras. de Saúde Mat. Inf.**, Recife, v. 3, n. 2, p. 165-174, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a06v03n2.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2012.

CECCON, M. E. J. R. O Peso do recém-nascido como fator de risco para morbidade e mortalidade: como interpretar? **Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 162-4, 2007. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1219.pdf>> Acesso em: 15 set. 2012.

DIAS, M. A. B. D.; ROTENBERG, S.; MARCOLAN, S. Diagnóstico e acompanhamento nutricional de gestantes. In: DUARTE, A.

C. G. **Avaliação nutricional**: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007, p.105-14.

FARIA, D. G. S; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arq. Ciência Saúde**, v. 15, n. 1, p.17-23, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs-ol/vol-15-1/IIIDD-DD259.pdf>> Acesso em: 17 set. 2012.

FRANCESCHINI, S. C. C. et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, p.171-9, abr./jun. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n2/a04v16n2.pdf>> Acesso em 24 set. 2012.

LEAL, M. C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 63-72, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/07.pdf>> Acesso em: 17 set. 2012.

LUCYK, J. M.; FURUMOTO, R. V. Necessidades nutricionais e consumo alimentar na gestação: uma revisão. **Com. Ciências Saúde**,v. 19, n. 4, p. 353-363, 2008. Disponível em: <http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art07necessidades.pdf> Acesso em: 02 out. 2012.

MALVEIRA, S. S. et al. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. **Rev. Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, p. 41-6, jan./mar. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

MINAGAWA et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p.548-54, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a13.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende**: obstetrícia fundamental. 11ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.

NASCIMENTO, E.; SOUZA, S. B. Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso. **Rev. de Nutrição**. Campinas, v. 15, n. 2, p.173-9,

2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rm/v15n2/11834.pdf>>
Acesso em: 20 set. 2012.

OLIVEIRA NETO, J. C.; MENDONÇA, D. Gravidez Prolongada. In: MENDONÇA, D. **Obstetrícia: protocolos de diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 154-68.

PAULA, C. G. de et al. Baixo peso ao nascer: fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional – uma revisão. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 29, fev. 2010. Disponível em: <http://www.unisuam.edu.br/augustus/pdf/ed29/rev_augustus_ed29_05.pdf> Acesso em: 20 set. 2012.

PINOTTI, J. A.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R. Assistência Integral à Saúde da Mulher. In: LOPES, A.C. **Tratado de clínica médica**. v. II, São Paulo, Roca, 2006, p. 99-112.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012

RAMOS, J. L. A.; VAZ, F. A. C.; CALIL, V. M. L. T. O Recém-Nascido pequeno para a Idade Gestacional. In: MARCONDES, J. R. et al. **Pediatria**

Básica: pediatria geral e neonatal. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003, p. 145-56.

RIBEIRO, A. M. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 246-55, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/6833.pdf>> Acesso em: 25 set. 2012.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SALGE, A. K. M. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 642-646, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/49/5/v11n3a23.pdf>> Acesso em: 25 set. 2012.

SANTOS, E. N.; VELARDE, L. G. C.; FERREIRA, V. A. Associa-

ção entre deficiência de vitamina A e variáveis socioeconômicas, nutricionais e obstétricas de gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1021-30, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/008.pdf>> Acesso em: 26 set. 2012.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>> Acesso em: 28 set. 2012.

SENESI, L. G. et al. Morbidade e mortalidade neonatais relacionados à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [on line], Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 477-82, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n6/21325.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

SILVA, A. F. F. **Gestação na adolescência: impacto do estado nutricional no peso do recém-nascido.** 2005. 79f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna), Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

CAPÍTULO 4

IMPORTÂNCIA DA DN E DO PREENCHIMENTO ADEQUADO

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos se propõe a captar e divulgar informações acerca dos nascidos vivos, da genitora, da gestação, do parto, do peso ao nascer. Desse modo, esse sistema propicia condições de se identificar características do RN ao nascer, idade materna, além de permitir comparações e análise temporal das informações, dentre outras. Assim, sob o aspecto epidemiológico, as informações oriundas do SINASC possibilitam análise abrangente acerca da saúde materno-infantil, pesquisas de comparação demográfica por idade materna, de indicadores de cobertura pré-natal, dentre outras.

Qualquer sistema de informação tem início com a captação fidedigna e responsável dos dados, para que permita a caracterização factível e confiável do que se pretende demonstrar. No caso do SINASC, o preenchimento atencioso e acurado da DN é de relevada importância, pois este documento é a base das informações do sistema, além de ser o subsídio primário para o registro civil.

O responsável pelo preenchimento da DN deve ser devidamente treinado e instruído sobre a importância de se responder todas as informações, precisamente, que não meça esforços para que todas as variáveis sejam completadas, evitando ao máximo dados ignorados ou não informados.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que a pessoa previamente treinada para esse fim seja enfermeiro, membro da equipe de enfermagem, médico ou profissional da área administrativa (SÃO PAULO, 2011).

Diversos estudos têm averiguado a confiabilidade e a validade da DN como instrumento para avaliação da saúde da população

materna e infantil, em vista do cuidado e precisão necessários no seu preenchimento, bem como no registro dos dados no banco de informática do SUS (NEVES e JUNGES, 2012; NHONCANSE e MELO, 2012).

Assim, este capítulo teve o objetivo de investigar os dados ignorados e não informados nas DN, frente aos registrados no SINASC, divulgados no DATASUS.

DN no município de Cajazeiras-PB: dados ignorados e não informados, comparados aos do SINASC

A Tabela 11 apresenta a distribuição das variáveis que continham dados ignorados ou não informados no preenchimento da DN (via branca) arquivada na Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e também registradas no SINASC, referentes ao Município de Cajazeiras-PB, nos anos 2006-2010.

As variáveis não informadas são as que têm espaço em branco, a ser respondido pela pessoa que preenche a DN. Para algumas variáveis há a opção “ignorado” a ser marcada com um X, se for o caso.

Pressupondo que dados ignorados ou não informados estariam presentes em DN de nascimentos ocorridos fora do hospital, pois poderiam ter sido preenchidas por pessoa não treinada, buscou-se elucidar esse fato.

Pelos achados desta pesquisa, das 3972 DN analisadas, em apenas 3 (três) a identificação do lugar da ocorrência não foi na maternidade; das quais, 2 (duas) ocorreram no domicílio e 1 (uma) em outros estabelecimentos. Essas DN não se incluíram nas com dados não informados ou ignorados, em nenhuma variável. A realidade quanto a esses nascimentos fora do hospital não foi encontrada no SINASC, como está demonstrado na Tabela 12.

Nos achados expressos nas Tabelas 11 e 12 identificam-se incongruências entre os dados das DN arquivadas na SMS e os publicados pelo SINASC.

De acordo com o DATASUS, no período de 2006 a 2010 nasceram 4128 crianças. No entanto, para esse mesmo período, os

dados arquivados na SMS apontam o nascimento de 3972 crianças. Quanto aos dados não informados ou ignorados para as variáveis estudadas também se percebem diferenças nos dois bancos de dados.

Tabela 11. Distribuição das variáveis com dados ignorados (I) ou não informados (NI). Cajazeiras-PB, 2006–2010.

VARIÁVEIS* / FONTE INFORMAÇÃO		2006 n	2007 n	2008 n	2009 n	2010 n
Idade Materna (NI)	SMS	-	-	3	-	2
	SINASC	-	-	-	-	-
Estado Civil (I)	SMS	11	4	9	9	11
	SINASC	9	11	13	10	13
Escolaridade (I)	SMS	12	9	7	7	12
	SINASC	9	12	15	11	16
Ocupação (NI)	SMS	5	-	2	3	3
	SINASC	Não consta no SINASC				
Procedência (I)	SMS	2	-	1	-	1
	SINASC	Não consta no SINASC				
Gestações anteriores (NI)	SMS	3	4	4	-	6
	SINASC	Não consta no SINASC				
Duração da gestação (I)	SMS	4	11	16	9	17
	SINASC	1	11	15	8	15
Tipo de parto (I)	SMS	3	4	8	6	1
	SINASC	3	4	7	6	1
Nº Consulta pré-natal (I)	SMS	5	12	8	14	19
	SINASC	3	12	10	15	17
Peso RN (NI)	SMS	2	8	1	-	-
	SINASC	-	1	-	-	-

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010. SINASC DATASUS, 2006-2010 (BRASIL, 2012).

* Apenas as variáveis objeto de estudo desta pesquisa.

No SINASC não se encontram dados relativos ao endereço da mãe (nesta pesquisa categorizou-se o endereço em procedência - zona urbana e zona rural), nem das gestações anteriores (categorizada nesta pesquisa em antecedente obstétrico – primigesta, secundigesta e multigesta). Essas variáveis cooperam no entendimento do acesso ao pré-natal e serviços de saúde, bem como na compreensão do peso do RN, a partir paridade. A pergunta que se coloca seria: qual a razão da existência destas variáveis na DN, se não são registradas no SINASC?

É importante o conhecimento do número de gestações anteriores, pelo fato de existir associação entre a mortalidade perinatal e a paridade. E pode-se evidenciar o risco entre as primíparas e as grandes múltiparas, nos resultados maternos e neonatais. Por isso, foi de grande importância incluir o número de abortos na DN atual.

Tabela 12. Distribuição nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo local da ocorrência. Cajazeiras-PB, 2006–2010.

IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA / FONTE INFORMAÇÃO		2006 n	2007 n	2008 n	2009 n	2010 n
Hospital	SMS	863	822	804	697	777
	SINASC	674	909	869	799	871
Outros estabelecimentos	SMS	-	1	-	-	-
	SINASC	1	1	-	3	-
Domicílio	SMS	1	1	-	-	-
	SINASC	-	1	-	-	-
TOTAL	SMS	864	864	864	864	864
	SINASC	675	911	869	802	871

Fonte: DN. SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010. SINASC DATASUS, 2006-2010 (BRASIL, 2012).

Ao se analisar a Tabela 11, percebe-se alguns fatos intrigantes que põem em dúvida a precisão e completeza dos registros do SINASC, frente aos da SMS.

Os fatos intrigantes são:

- Qual a razão de constar como ignorado no espaço reservado à variável tipo de parto?
 - Por que não informar a idade materna, se a gestante é atendida com documento de identificação?
 - Por que marcar ignorado as questões relativas à escolaridade e ao número de consulta pré-natal, se a mulher permanece na maternidade por, no mínimo, 24 horas após o nascimento da criança, tempo suficiente para que essas informações pudessem ser obtidas?
 - Embora não tenham sido variáveis estudadas nessa pesquisa, também se encontraram dados ignorados, em todos os anos investigados, relativos ao tipo de gravidez (única, dupla, etc.) e sexo do RN.

Esses fatos podem revelar a falta de comprometimento ao preencher a DN, desmerecendo informações essenciais. Tal resultado pode ser justificado pela falta de capacitação dos profissionais que realizam o registro dos dados na DN.

A DN possui fontes de dados muito importantes para as pesquisas na área materno-infantil. Porém, pode ser responsável por possíveis falhas significativas, como o fato de em alguns casos apresentar preenchimento “ignorado”, e interferir na captação e interpretação dos resultados.

Convém que se reconheça a utilidade dos dados obtidos por meio desse instrumento no monitoramento de muitos problemas de saúde. A ambiguidade entre os dois bancos de dados apresentados comprometem a confiabilidade do SINASC. Para Martins (2006), as principais causas de equívocos nos sistemas de informação de estatísticas vitais do país, são os erros em instrumentos de coleta, a exemplo da DN. Esses erros podem ser de completeza, acurácia e precisão.

A qualidade e a fidedignidade dos sistemas de informação dependem diretamente da realização cuidadosa de cada etapa do

processo, desde o controle dos formulários, seu fluxo interno, coleta e registro eletrônico dos dados, até a sua divulgação.

Nesse sentido, conforme Nhoncane e Melo (2012, p. 956)

Para que sistemas de informações, como o SINASC (...), sejam efetivos no monitoramento e no planejamento de ações em saúde pública, a informação divulgada precisa ser confiável. Isso só é possível com o preenchimento correto dos instrumentos de coleta e o adequado fluxo de dados através dos diferentes níveis do sistema.

Em relação à escolaridade, é uma informação que não consta no prontuário da gestante. Supõe-se que os itens ignorados nesta variável estejam relacionados à mudança da forma como a questão é redigida na declaração, quando passou de “grau de instrução” (nenhum, 1º grau, 2º grau e superior) “para número de anos estudados”, dificultando a compreensão daqueles que preenchem a DN.

Quanto às variáveis relativas à duração da gestação e ao parto, verifica-se que os dados ignorados foram equivalentes nos dois bancos, conforme a Tabela 11. Entretanto, não se justifica ignorar o tipo de parto, se os nascimentos ocorreram na maternidade. Ignorar, também, o número de consultas pré-natal dificulta a avaliação da cobertura do atendimento pré-natal, nos serviços de saúde.

Sugere-se que, para que os dados da DN possam subsidiar ações efetivas de promoção em saúde, seriam necessários treinamentos e orientações para a equipe de saúde, na tentativa de buscar-se um total e correto preenchimento de todos os itens da DN; e que se destaque a extrema importância deste documento e a necessidade do seu preenchimento integral.

Visando à qualidade das informações sobre nascidos vivos, a cidade de São Paulo lançou o Selo SINASC, para premiar os estabelecimentos de saúde que cumprirem o padrão mínimo de qualidade no preenchimento da DN. Assim, a Gerência responsável pelo SINASC na cidade de São Paulo, monitora e avalia a qualidade do processo e do seu produto final, contando com a participação das

Supervisões Técnicas de Saúde. Além disso, são realizadas reuniões técnicas periódicas, capacitações coletivas e individuais (SÃO PAULO, 2010).

Dessa forma, para que a DN como documento científico possa proporcionar a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança, é importante que os gestores municipais sejam motivados e sensibilizados quanto ao uso dos dados de nascidos vivos na construção de indicadores de saúde, os quais podem fornecer subsídios para análise adequada da situação de saúde, em nível local, estadual, regional e nacional.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde: nascidos vivos – Paraíba – Cajazeiras (2006 a 2010)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpb.def>> Acesso em: 04 set. 2012.

NEVES, F. A.; JUNGES, F. **Sistema de Informação em Saúde como instrumento de avaliação da saúde da população**. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/6mostra/artigos/SAUDE/FL%20C3%81VIA%20DE%20ASSUN%C3%87%C3%83O%20NEVES.pdf>> Acesso em: 04 set. 2012.

NHONCANSE, G. C.; MELO, D. G. Confiabilidade da Declaração de Nascido Vivo como fonte de informação sobre os defeitos congênitos no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.17, n.4, p. 955-963. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a17.pdf>> Acesso em: 04 set. 2012.

MARTINS, Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, jan./abr., 2006. Disponível em: <<http://200.169.97.104/seer/index.php/RBGN/article/viewFile/51/44m>> Acesso em: 04 out. 2012.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Manual_DN_02fev2011.pdf>

Acesso em: 6 out. 2012.

_____. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos: manual do selo SINASC**, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/sinasc/SeloSINASC_manual2010.PDF> Acesso em: 6 out. 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implantado em todos os estados brasileiros, o SINASC tem as informações, extraídas da DN, divulgadas pela página eletrônica do Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde. Assim, os dados devem ser registrados nas DN, de forma precisa e correta, para que propiciem aporte significativo e confiável de informações, sobre diversas variáveis com características neonatais e maternas.

Esta pesquisa permitiu analisar os dados da Declaração de Nascido Vivo de mães residentes no município de Cajazeiras-PB, 2006-2010, numa avaliação epidemiológica, a partir da frequência das variáveis e da sua correlação estatística. Alguns dados não foram contabilizados por apresentarem-se como “ignorado” ou “não informado”.

Nesta investigação foram analisadas 3972 DN, sendo 620 (15,6%) mulheres com até 18 anos, 3120 (78,6%) com 19 a 35, e 227 (5,8%) acima de 35 anos; excluídas as DN com idade materna não informada.

Nos dados sociodemográficos, as variáveis que apresentaram dependência estatística ($p < 0,05$) da idade materna foram: situação conjugal, escolaridade, situação econômica. A escolaridade revelou significância estatística na correlação com a situação econômica. Nos dados da gestação e parto, a idade materna apresentou significância estatística na correlação: antecedente obstétrico, número de consulta pré-natal, duração da gestação e tipo de nascimento. As variáveis situação conjugal, antecedente obstétrico, duração da gestação e situação econômica revelaram significância estatística com o tipo de nascimento.

Os resultados sociodemográficos investigados revelaram uma população de mães com precárias condições socioeconômicas e baixo nível educacional. Todavia, as inúmeras pesquisas sobre a gravidez nos extremos de idade não devem ter satisfeito às indagações surgidas, considerando que gestação e nascimentos são etapas com características singulares e peculiares que, conforme o estado

de saúde da mulher e os adventos sociais, econômicos e culturais, podem repercutir negativa ou positivamente sobre a saúde da mãe e do conceito. Em vista disso, não se pode anular as possíveis consequências psicológicas e socioeconômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar.

Ao se investigar a idade materna, sobretudo fazendo alusão à gravidez na adolescência, alguns fatores de riscos foram evidentes, como a evasão escolar, somada à baixa escolaridade e renda, a deficiência no acompanhamento pré-natal, ausência de um acompanhante, entre outros, traduzindo um perfil característico na visão socioeconômica e educacional, marcado pela vulnerabilidade social.

Assim, reportando-se às condições econômicas, sociodemográficas e de saúde, foi de extrema relevância essa investigação sobre os nascidos vivos no município de Cajazeiras_PB, uma vez que permitiu, ainda que genericamente, em alguns aspectos, compreender diversos indicadores: demográficos (população, fecundidade e natalidade), socioeconômico (escolaridade e renda), de fator de risco e proteção (nascidos vivos por idade materna e por baixo peso ao nascer) e de cobertura (consulta pré-natal, partos hospitalares e cesáreas), e analisar a situação de saúde materna e infantil deste município.

No tocante à inter-relação dos dados relativos à renda, escolaridade e antecedentes obstétricos, o precário nível socioeconômico e educacional apresentou-se como fator de risco gestacional significativo, principalmente pelo encontrado número de consultas pré-natal insatisfatório.

Os achados dessa pesquisa não revelaram satisfatória cobertura pré-natal. Merece ressaltar a extrema significância estatística ($p < 0,001$) do peso do RN ao ser correlacionado ao antecedente obstétrico e ao número de consulta pré-natal; salientando que o baixo peso ao nascer prevaleceu entre as mulheres que realizaram menos de 7 consultas e nas primigestas e multigestas. Desse modo, a paridade e o número insuficiente de consultas pré-natal foram variáveis que se mostraram associadas com desfechos desfavoráveis na gestação.

Em relação ao pré-natal, a garantia do acesso e a qualidade do atendimento, e não apenas a quantidade de consultas, são inegavelmente pontos-chave na melhoria da atenção. É importante apontar que a escolaridade da mãe é um fator diferencial importante no processo de acesso ao pré-natal, pois uma mãe sem instrução pode não compreender a importância deste para sua sobrevivência e do RN.

Tendo como premissa que a menor procura ao pré-natal pode desmerecer a qualidade ou empenho dos profissionais na atenção às gestantes; e considerando a importância da assistência pré-natal, a adesão insuficiente a este serviço, encontrada nesta pesquisa, aponta a necessidade de mais envolvimento por parte dos profissionais, instituições e gestores, no intuito de buscar estratégias que supram as expectativas das gestantes atendidas por este serviço.

Na abordagem do tipo de nascimento, os achados revelaram percentual de cesárea (56,6%) superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (15%). Esse procedimento não se baseou apenas em critérios obstétricos e talvez tenha sido um caráter de bem de consumo, pois, nas mulheres com renda, o percentual de cesáreas foi mais expressivo que o vaginal. Chamou a atenção a elevação desse percentual, ano a ano investigado, principalmente nos de eleições política, sugerindo a realização desse procedimento cirúrgico com fins eleitoreiros.

No preenchimento das DN investigadas perceberam-se fatos comprometedores como, em alguns casos, apresentar a opção “ignorado” para o tipo de parto, tipo de gestação e sexo do RN. Além desse problema da qualidade da informação registrada nas DN, o presente estudo demonstrou incongruências entre os dados divulgados pelo DATASUS e os dados que estão arquivados na SMS do município de Cajazeiras, em todas as variáveis. A discordância numérica de informações entre os dois bancos de dados é estranho, porque os dados publicados pelo DATASUS são gerados a partir das DN. Portanto, esses fatos revelaram erros de precisão, relativos à transcrição dos itens da DN para a alimentação do SINASC, comprometendo a confiabilidade das DN como fonte de informações materna e neonatal,

no município de Cajazeiras, nos anos 2006-2010.

Apesar da falha na qualidade e quantidade dos dados obtidos através das DN, apontados em diversas pesquisas, o SINASC está disponível como ferramenta importante de análise de dados, e é rico como indicador de saúde pública, podendo servir como suporte para planejamento de ações em saúde. É, no entanto, conveniente que os dados sejam constantemente utilizados e avaliados criteriosamente. Também se espera, por parte do profissional em saúde, o entendimento da importância dessas informações para alimentação do SINASC. Desse modo, é de suma importância que haja o comprometimento das Secretarias Municipais de Saúde e dos estabelecimentos de saúde, com a capacitação dos profissionais que preenchem a DN.

Ciente que a DN é uma importante fonte de informação para estatísticas vitais, esta pesquisa se tornará ferramenta base para a assistência à saúde, posto que contribuirá para o conhecimento acerca da influência da idade materna e resultados perinatais de mães adolescentes e das mães na fase adulta, na cidade de Cajazeiras. Desta forma, seus achados poderão ser utilizados para maior entendimento de indicadores de saúde em nível local, e subsidiar o planejamento de ações mais adequadas aos problemas de saúde enfrentados pela população investigada.

ANEXOS

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Saúde e Tecnologia Rural
Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Bairro do Jacobé - Km 1, Avenida Universitária, Bairro Santa Cecília, S/N, Caixa Postal 64 - Patos - PR
CEP: 58709-110. TELEFONE: (83) 3421-9713 - FAX: (83) 3421-9537
E-mail: ...

Protocolo nº 114/2009

INTERESSADO (a): MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS

CERTIDÃO

ASSUNTO: Solicita aprovação do projeto de pesquisa "Análise dos Dados da Declaração de Nascimento Vivo de Mães Atendidas no Município de Cajazeiras, Paraíba em 2005-2009".

Cientificamos a Vossa Senhoria que o projeto citado teve parecer consubstanciado orientado pelo regulamento interno deste comitê e foi aprovado em reunião EXTRAORDINÁRIA nº 6ª, sob nº de Protocolo 114 /2009, estando à luz das normas e regulamentos vigentes no país atendidas as especificações para a pesquisa científica

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da Universidade Federal de Campina Grande, em Patos, 01 de junho de 2009.


Profª DSc Mª das Graças Veloso Maranhão
Secretaria da COEP

Prof. DSc Onaldo Guedes Rodrigues
Vice-presidente da COEP


Professor DSc Ednaldo Queiroga de Lima
Presidente da COEP

Apêndices

APÊNDICE 1

Solicitação para o desenvolvimento da pesquisa

Cajazeiras – PB, de maio de 2009.

Sra. Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras, PB

Solicitamos permissão para desenvolver, nesta localidade a pesquisa: **“ANÁLISE DOS DADOS DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO DE MÃES ATENDIDAS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, PARAÍBA EM 2005-2009”**.

Para tanto, solicitamos que nos seja permitido acesso ao arquivo da Vigilância Epidemiológica que contenha as Declarações de Nascido Vivo do período a ser pesquisado.

Contamos com a colaboração e apoio da equipe que compõe a IX Gerência Regional de Saúde de Cajazeiras, PB, sobretudo da Vigilância Epidemiológica.

Atenciosamente,

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Profa. Dra. Pesquisadora da UFCG/CFP

APÊNDICE 2

Instrumento para coleta de dados

Nº da Declaração de Nascido Vivo _____

1. LOCAL DA OCORRÊNCIA:

() Hospital () Outros estabelecimentos () Domicílio
() Outros () Ignorado

2. Dados sociodemográficos da mãe

Idade ___ Estado Civil _____ Ocupação _____ Escolaridade _____

Residência da mãe: () Zona Urbana () Zona rural

3. Dados da gestação e parto:

Gestações anteriores:

Nº filhos nascido vivo _____ Nº filhos nascido morto _____

Duração da gestação: _____ semanas () Ignorado

Tipo de gravidez: () única () dupla () tripla () Ignorado

Tipo de parto: () vaginal () cesárea () ignorado

Nº de consultas pré-natal _____ () ignorado

4. Dados do recém-nascido

Nascimento: Data _____ Hora _____

Sexo _____

Raça _____ Peso _____

Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

Malformação congênita () Sim () Não

Qual? _____

Data da coleta: ___ / ___ / ___ Assinatura: _____

Agradecimentos

- Ao PIBIC/PIVIC/CNPq/UFCG;
- À equipe da IX Gerência Regional de Saúde de Cajazeiras, Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras -PB, pelo acolhimento e por permitir o acesso às Declarações de Nascido Vivo;
- Às mães e nascidos vivos componentes desta pesquisa que, anonimamente, contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento da ciência em saúde da mulher e da criança;
- À Diretora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/ETSC/CFP/UFCG, professora Marilena Maria de Souza, pelo incentivo e credibilidade à pesquisa, bem como pelos recursos materiais disponibilizados;
- Às alunas da graduação em enfermagem CFP/UFCG: Millena Cavalcanti Monteiro, Karla Maria Duarte Silva Oliveira, Lynara Alves de Assis Silva, Kallyne Rubyana Oliveira Queiroga, por colaborarem na coleta dos dados na SMS e na digitação do banco de dados.
- Às alunas da graduação em enfermagem CFP/UFCG: Dayanne Chrystina Ferreira Pinto e Thaynara Ferreira Filgueiras, por colaborarem na digitação do banco de dados.

IMPRESSOS STORBEM
Assis - SP, 2014
TIRAGEM: 300 exemplares
TIPOGRAFIA: Times New Roman
FORMATO: 16cm x 23cm
PAPEL DO MIOLO: offset 75g/m²
PAPEL DA CAPA: cartão triplex 250g/m²
LAMINAÇÃO DA CAPA: fosco
NÚMERO DE PÁGINAS: 100
ACABAMENTO: encadernado, dobrado intercalado, colado

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFCG

