

VI CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



CARACTERIZAÇÃO DE MÃES ATENDIDAS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, PARAÍBA, A PARTIR DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (2007)

Millena Cavalcanti Monteiro¹; Maria do Carmo A. Duarte de Farias²; Karla Maria Duarte Silva³; Lynara Alves de Assis Silva³; Marilena Maria de Souza⁴

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo determinar o perfil das mães atendidas no município de Cajazeiras no ano 2007 e verificar a incidência da gravidez conforme a faixa etária, no ano pesquisado. Utilizou-se como fonte de dados a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Para a determinação deste perfil, correlacionou-se estatisticamente a idade materna com procedência, ocupação, situação conjugal, antecedentes obstétricos, número de consultas pré-natal, e peso do recém-nascido. Os dados demonstraram que das 830 DNV investigadas 14,7% eram de mães adolescentes; 78,6% adultas jovens e 6,7% adultas. Observou-se significância estatística entre a variável idade materna e: ocupação, situação conjugal e antecedentes obstétricos; bem como o nível de significância entre a escolaridade materna e o número de consultas pré-natal; e entre escolaridade materna e antecedentes obstétricos. Conclui-se, então, que a Declaração de Nascido Vivo é uma rica fonte de dados e de grande importância para a epidemiologia da assistência à saúde da mulher e da criança, devendo ser estimulado seu correto preenchimento, para que os dados sejam fidedignos e que possibilitem ações de promoção da saúde da gestante e do recém-nascido.

Palavras-chave: gestação; nascido vivo; Declaração de Nascido Vivo.

CHARACTERIZATION OF THE MOTHERS MET IN THE CITY OF CAJAZEIRAS, FROM THE BORN ALIVE DECLARATION (BAD) IN THE YEAR 2007

ABSTRACT

This study aimed to determine the profile of the mothers met in the city of Cajazeiras in the year 2007 to verify the incidence of pregnancy according to the age in the year studied. It was used as source of the Born Alive Declaration (BAD). To determine this profile, it is statistically correlated to maternal age in place, occupation, marital status, obstetric history, number of prenatal visits, and weight of the newborn. The data showed that 830 of us investigated 14.7% were teenagers, 78.6% adults and young and 6.7% adults. There was statistical significance between the variable and maternal age: occupation, marital status and obstetric history, and the level of significance between maternal education and number of prenatal visits, and between maternal education and obstetric history. It concludes then that the Born Alive Declaration is a rich source of data and of great importance for the epidemiology of the health care of women and children, should be encouraged correct its completion, so that the data are reliable and enabling actions to promote health of the pregnant woman and newborn.

Key-words: Pregnant; Born alive; Born Alive Declaration.

¹ Aluna do Curso de Enfermagem, UACV/CFP/UFCA, Cajazeiras, PB, Bolsista PIBIC 2008/2009. E-mail: millena_cavalcanti@hotmail.com

² Doutora em enfermagem. Profa. Adjunto IV da UAETSC/CFP/UFCA, Cajazeiras, PB, E-mail: carmofarias@hotmail.com

³ Alunas do Curso de Enfermagem, UACV/CFP/UFCA, Cajazeiras, PB, pesquisadoras voluntárias PIBIC 2008/2009.

⁴ Mestre em enfermagem. Profa. Adjunto I da UAETSC/CFP/UFCA, Cajazeiras, PB,

INTRODUÇÃO

Em julho de 1983, foi criado no Brasil, o Grupo de Estatísticas Vitais (GEVINS), para assessorar o Ministério da Saúde quanto à mortalidade e natalidade, avaliação da situação de saúde, promoção da utilização de estatísticas vitais em instância federal, regional e local e planejamento e avaliação em saúde (BRASIL, 2001).

O GEVINS selecionou as variáveis para um novo sistema, elaborou um documento padrão e o manual de instruções para o seu preenchimento, bem como definiu o fluxo de destino das vias do documento. A partir daí, foi criado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e o documento padrão desse sistema foi denominado Declaração de Nascido Vivo (DNV), aprovado em janeiro de 1990. A implantação do SINASC ocorreu de forma lenta e gradual, em todas as unidades de federação (BRASIL, 2001).

A DNV é um documento padronizado pelo MS, pré-numerado e apresentado em três vias: branca, que deve ser encaminhada à Secretaria de Saúde para o devido processamento; amarela, encaminhada ao cartório; e rosa, que se destina ao cartório ou à Unidade de Saúde (seu encaminhamento depende de onde foi feito o preenchimento da DNV).

Este documento é composto por 7 blocos de variáveis referentes às informações do cartório, local de ocorrência do parto, dados da mãe, dados da gestação e parto, do recém-nascido, identificação da mãe e da criança e informações sobre o responsável pelo preenchimento. Essas informações são essenciais para a identificação do perfil do recém-nascido e da mãe, pois fornecem tanto informações epidemiológicas, como subsídios para avaliação do acompanhamento gestacional, a fim de avaliar as políticas de saúde da mulher e da criança. Qualquer profissional médico, membro da equipe de enfermagem ou do berçário, ou qualquer outra pessoa treinada para tal fim pode realizar o preenchimento da DNV, que deve ser preenchida em todo o território nacional, para todos os nascidos vivos, a partir do conceito de nascido vivo da Organização Mundial da Saúde (OMS), de que: "(...) todo produto da concepção que, independente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta" (BRASIL, 2001a, p.24).

O interesse em realizar esta pesquisa partiu da necessidade inicial em constatar, através da DNV, na cidade de Cajazeiras, a incidência de gravidez em mães adolescentes e adultas. Afinal, com o número elevado de adolescentes grávidas em todo o país, pesquisas apontam a importância que se deve destacar para este grupo etário.

Gonçalves, Gigante (2006) evidenciam que a transição demográfica ocorrida nas últimas décadas teceu outro olhar para a saúde reprodutiva juvenil. Com o aumento do número de gravidezes de jovens até 19 anos e a redução da fecundidade em outras faixas etárias, as adolescentes passam a representar, proporcionalmente, um percentual maior de mulheres que dão a luz.

Segundo dados do SINASC, no Brasil, no período de 2000/2002 foram 28 mil nascidos vivos de adolescentes na faixa etária entre 10 e 14 anos; e na faixa etária entre 15 e 19 anos, em torno de 670 mil (COSTA et al., 2005). Enquanto no ano de 2006, apenas, os números apontam 27 mil nascidos vivos de adolescentes entre 10 e 14 anos e 605 mil na faixa correspondente de 15 a 19 anos, demonstrando uma considerável elevação nestes índices. Ressalta-se a região Nordeste com 10 mil nascimentos entre as adolescentes de 10 a 14 anos e 208 mil entre 15 a 19 anos. Na Paraíba, nesse período, os números apontam cerca de 14 mil nascidos vivos na faixa etária adolescente e, na cidade de Cajazeiras, 160 nascidos vivos de mães adolescentes. (DATASUS, 2009).

Segundo Vitale, Amancio (2009), em vista da gravidez na idade adulta, a gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além de jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Devido às repercussões sobre a mãe e sobre o conceito é considerada gestação de risco, pela Organização Mundial de Saúde. Porém, atualmente, postula-se que o risco seja mais social do que biológico. Assim, a gravidez na adolescência deve ser analisada dentro de um contexto de modificações, que implica numa compreensão mais aprofundada do fenômeno em todas as suas dimensões bio-psico e sócio-culturais.

Considerando que o Sistema de Informação de Nascidos Vivos, através da DN é uma importante fonte de informação para estatísticas vitais, e que seus achados podem ser utilizados na construção de indicadores de saúde, e subsidiar o planejamento de ações mais adequadas aos problemas de saúde enfrentados pela população investigada, esta pesquisa foi realizada para responder aos seguintes questionamentos: Qual é o perfil das mães atendidas no município de Cajazeiras ao longo desse ano? A gravidez tem incidido mais entre adolescentes ou em mulheres acima dos 18 anos?

Dessa forma, foram analisadas as DNV da cidade de Cajazeiras, referentes ao ano 2007, para alcançar os seguintes objetivos: determinar o perfil das mães atendidas no município de Cajazeiras em 2007; e identificar a incidência da maternidade entre adolescentes e mulheres acima de 18 anos.

MATERIAIS E MÉTODOS

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

As pesquisas da natureza exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (...). Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de casos (GIL, 1999, p. 44).

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.

A referida pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras. Este município conta com uma maternidade pública que atende além da sua população residente em estado 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.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa foi baseada nos princípios da beneficência, do respeito à dignidade e da justiça, que norteiam o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2008). O projeto desta pesquisa foi apresentado à Direção da IX Gerência Regional de Saúde. Foi feita a solicitação por escrito a esta direção, para que fosse possível ter acesso ao arquivo de Declaração de Nascido Vivo. Esse projeto foi, também, encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa, da Faculdade Santa Maria - FSM, Cajazeiras, PB, para a sua análise e aprovação. Além disso, assegura-se que, no processo de coleta e divulgação dos dados foram respeitados os requisitos da resolução supracitada no que concerne ao anonimato das informações contidas nas DNV relativas às mães que compuseram o estudo.

A população do estudo foi composta por 830 mães (puérperas) atendidas na maternidade pública do município de Cajazeiras, PB, que tiveram filhos nascidos vivos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007.

Nessa pesquisa foi adotada como fonte de dados a Declaração de Nascido Vivo (DNV), utilizada para registro das informações das puérperas e de seus filhos nascidos vivos. Para a coleta de dados nas referidas fichas foi construído um instrumento contendo espaço para a transcrição literal de todos os registros contidos nas DNV. A coleta de dados ocorreu diretamente nos arquivos da IX Regional de Saúde de Cajazeiras, PB.

Esta pesquisa exploratória do tipo documental tem uma abordagem quantitativa dos achados. Para tanto, todas as variáveis dos dados sócio-demográficos das mães, dados relativos ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, contidas nas DNV foram analisadas estatisticamente. Os instrumentos de coleta de dados foram enumerados e codificados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). 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 nessa análise estatística, as tabelas foram elaboradas contendo números absolutos e percentuais e discutidas à luz da literatura pertinente à temática abordada.

As variáveis do estudo foram classificadas em sócio-demográficas (faixa etária, procedência, ocupação, situação conjugal, escolaridade materna), e epidemiológicas – relacionadas à mãe (frequência ao pré-natal e antecedentes obstétricos) e referentes ao recém-nascido (peso). A variável dependente desta pesquisa foi a idade materna, categorizada em até 18 anos (mães adolescentes), 19-35 anos (adultas jovens) e acima de 35 anos (mães adultas). As variáveis para correlação foram: situação conjugal, categorizada em: com companheiro e sem companheiro; os antecedentes obstétricos (soma da variável nascidos vivos e nascidos mortos) apresentaram-se como primigesta, secundigesta e multigesta; o número de consultas dividiu-se em menor que 7 e acima de 7 consultas; o peso ao nascer classificou-se como menor que 2.500, de 2.500 a 3.999 e acima de 4.000, considerados em gramas. Ainda considerou-se para análise a escolaridade, categorizada em até 3 anos, de 4 a 7 anos e acima de 7 anos de instrução. Foram excluídas as DNV em que havia falta de informação para algumas variáveis.

RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição dos nascidos vivos em relação à idade materna e procedência, ocupação, situação conjugal, antecedentes obstétricos, número de consultas pré-natal e peso, Cajazeiras, Paraíba, 2007.

Categorias de Análise	n	%	Até 18 anos		19 a 35 anos		Acima de 35 anos		P
			n	%	n	%	n	%	
Procedência									
Zona Urbana	601	72,4	95	11,4	471	56,7	35	4,2	0,101
Zona Rural	229	27,6	27	3,3	181	21,8	21	2,5	
Total	830	100	122	14,7	652	78,6	56	6,7	
Ocupação									
Agricultora	253	30,5	21	2,5	207	24,9	25	3,0	0,000
Doméstica	385	46,4	61	7,3	306	36,9	18	2,2	
Estudante	68	8,2	38	4,6	29	3,5	1	0,1	
Outros	124	14,9	2	0,2	110	13,3	12	0,1	
Total	830	100	122	14,7	652	78,6	56	6,7	
Situação conjugal									
Com companheiro	207	25,2	13	1,6	168	20,4	26	3,2	0,000
Sem companheiro	615	74,8	109	13,3	476	57,9	30	3,6	
Total	822*	100	122	14,8	644	78,3	56	6,8	
Antecedentes obstétricos									
Primigesta	378	45,7	111	13,4	257	31,1	10	1,2	0,000
Secundigesta	233	28,2	10	1,2	212	25,6	11	1,3	
Multigesta	216	26,1	1	0,1	181	21,9	34	4,1	
Total	827*	100	122	14,8	650	78,6	55	6,7	
Número de Consultas pré-natal									
< 7	495	60,6	79	9,7	384	47,0	32	3,9	0,516
7 e +	322	39,4	42	5,1	259	31,7	21	2,6	
Total	817*	100	121	14,8	643	78,7	53	6,5	
Peso (g)									
< 2500	59	7,2	8	1,0	43	5,2	8	1,0	0,181
2500 a 3999	712	86,5	106	12,9	559	67,9	47	5,7	
≥ 4000	52	6,3	8	1,0	43	5,2	1	0,1	
Total	823*	100	122	14,8	645	78,4	56	6,8	

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

* Em algumas variáveis foram excluídas as DNV sem informação.

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2007.

Na Tabela 1 são apresentadas as características das mães com relação à idade, procedência, ocupação e situação conjugal. Conforme os dados, observa-se que 14,7% das mães investigadas eram adolescentes (<19 anos), 78,5% encontravam-se na faixa etária de 19 a 35 anos (adultas jovens), e 6,7% tinham idade acima de 35 anos (adultas). No tocante à procedência, observa-se que, em todas as faixas etárias, a maior incidência foi na zona urbana, com 72,4%; acerca da ocupação, detectou-se que 85,1% das mães exerciam atividades não remuneradas. Relacionando a profissão e a idade das mães, observou-se que o maior percentual de estudantes (4,6%) concentrou-se entre as menores de 19 anos, e o maior percentual de domésticas (36,9%), entre as da faixa etária 19 a 35 anos. Quanto à situação conjugal, encontrou-se um número expressivo: (74,8%) de mães sem companheiros, destacando que, destas, 57,9% estava na faixa etária entre os 19 a 35 anos.

Quanto aos antecedentes obstétricos⁵, os dados demonstram que o percentual total de primigestas foi 45,7%, de secundigestas foi 28,2% e multigestas (3 e + gestações) foi de 26,1%. Ao relacionar esta variável

⁵ A variável antecedentes obstétricos foi originada do item gestações anteriores (nascidos vivos e mortos).

com a idade materna, observou-se que do total (14,7%) de mães adolescentes, 13,4% eram primigestas; enquanto que dos 26,1% de multigestas, a maioria (26%) concentraram-se na idade acima de 19 anos.

Acerca do número de consultas pré-natal, observa-se que 60,6% realizaram menos que 7 consultas. Deste percentual, 9,7% referiam-se às mães adolescentes, 47% às com 19 a 35 anos e 3,9% às acima de 35 anos.

Com referência ao peso do recém-nascido, observa-se que em todas as faixas etárias houve maior incidência de peso entre 2500 e 3999g (considerado peso adequado), apresentando 12,9% na faixa correspondente às mães adolescentes, 67,9% às adultas jovens e 5,7% às mães adultas. A incidência de baixo peso ao nascer (<2500g) teve proporcional percentual entre as mães adolescentes e adultas, apresentando apenas 8 casos em cada faixa pesquisada (1%). Quanto ao sobrepeso ao nascer, a tabela mostra que 6,3% das DNV investigadas tiveram recém-nascidos com peso ≥ 4000 g, sendo 1% de RN de mães adolescentes e 0,1% de mães adultas, com idade acima de 35 anos.

Tabela 2 - Distribuição das mães investigadas segundo escolaridade e número de consultas pré-natal, Cajazeiras, Paraíba, 2007.

Escolaridade das mães	n	%	Nº de consultas pré-natal				P
			< 7		7 e +		
			n	%	n	%	
Até 3 anos	173	21,4	112	13,8	61	7,5	0,000
4 a 7 anos	342	42,3	234	28,9	108	13,3	
Acima de 7 anos	294	36,3	143	17,7	151	18,7	
Total	809*	100	489	60,4	320	39,6	

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

*Foram excluídas 21 DNV por falta de informações.

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2007.

A Tabela 2 refere-se à associação entre os dados nível de instrução e número de consultas pré-natal. Pode-se constatar que 21,4% das mães possuíam até 3 anos de instrução, 42,3% possuíam de 4 a 7 anos, e 36,3% acima de 7 anos de instrução escolar. Ao relacionar estas variáveis, constatou-se que 60,4% das mães realizaram menos que 7 consultas; destacando-se que, destas mães, a maioria (42,7%) tinham de 0 a 7 anos de estudo. Das mães que realizaram acima de 7 consultas pré-natal (39,6%), a maior incidência (18,7%) foi para aquelas cuja escolaridade era acima de 7 anos, ou seja com, no mínimo, nível fundamental completo.

Tabela 3 – Distribuição das mães investigadas segundo escolaridade e antecedentes obstétricos, Cajazeiras, Paraíba, 2007.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	n %		ESCOLARIDADE						P
			Até 3 anos		4 a 7		> 7		
			n	%	n	%	n	%	
Primigesta	375	45,6	51	6,2	150	18,3	174	21,2	0,000
Secundigesta	232	28,4	40	4,9	103	12,6	89	10,9	
Multigesta	213	26	82	10	93	11,4	38	4,6	
Total	820	100	173	21,1	346	42,3	301	36,6	

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

* Excluído 10 DNV por falta de informação.

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2007.

A tabela 3 refere-se à correlação entre as variáveis escolaridade e antecedentes obstétricos das mães investigadas. De acordo com os dados apresentados, observa-se que houve maior percentual de primigestas (45,6%), sendo 21,2% para as mães com mais de 7 anos de escolaridade. O percentual de multigestas (26%) concentrou-se nas mães com até 7 anos de escolaridade, totalizando 21,4%.

DISCUSSÕES

As informações acerca do número de nascidos vivos de uma região são essenciais na construção de indicadores de saúde e demográficos, como coeficiente de mortalidade materno-infantil, proporção de baixo peso ao nascer e taxas de fecundidade. Esses indicadores podem ser utilizados em atividades de vigilância epidemiológica e planejamento, assim como na avaliação de políticas, ações e serviços de saúde (Frias et al, 2007).

Ao relacionar os dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV) 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 (adolescentes e maiores de 35 anos).

No tocante as características sócio-demográficas, no que se refere à variável procedência, os dados da Tabela 1 demonstram que a maioria das mulheres residia em zona urbana (72,4%). Rodrigues Filho et al. (1994) afirmam que o local de residência e o nível educacional da gestante exercem influência sobre a busca ao pré-natal, de maneira que as gestantes com nível educacional mais elevado têm maior consciência da necessidade do acompanhamento, e assim frequentam mais o serviço. Tal afirmativa é corroborada com os dados desta pesquisa, posto que os dados da tabela 2 apontam que as mães com mais de 7 anos de escolaridade realizaram mais de 7 consultas pré-natal.

Acerca da variável ocupação, constatou-se uma quantidade diferenciada de profissões. Em vista disso, para facilitar a análise estatística foi feita a seguinte categorização: agricultora, doméstica, estudante (atividades não remuneradas - 85,1%) e outras (comerciante, pescadora, professora, costureira, psicóloga, enfermeira, jornalista, radialista, secretária e balconista) atividades remuneradas - 14,9%. Na correlação entre as variáveis idade materna e ocupação, os dados da tabela 1 demonstram significância estatística ($p = 0,000$), ou seja, são variáveis dependentes, pois há uma tendência para a concentração das profissões agricultoras (24,9%) e domésticas (36,9%) para as mães adultas jovens. No entanto, a variável ocupação não é tão fidedigna para uma análise precisa, pois nem sempre as mães comprovam-na no preenchimento da DNV. No caso das agricultoras, algumas delas apresentam apenas o Cartão do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Supõe-se que o percentual expressivo nesta categoria profissional (30,5%) seja justificado pelo salário maternidade, que é 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 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, 2009). Tais achados, portanto, revelam uma população de mães cujo nível sócioeconômico 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 [...]

Na correlação entre as variáveis idade materna e situação conjugal, observou-se significância estatística ($p = 0,00$), uma vez que o percentual de mães sem companheiro é maior (57,9%) para as mães na faixa etária 19 a 35 anos. Esse resultado encontra apoio ao perceber a maternidade como produção independente, 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*. Esses achados sugerem uma nova visão feminina, em que um número crescente de mulheres está optando por adiar o casamento e a maternidade. Essa nova percepção pode ocorrer devido à prática anticoncepcional mais difundida e novas tecnologias em reprodução assistida; à busca pela profissionalização e espaço no mercado de trabalho, que proporciona uma liberdade social e financeira; e a uma sociedade culturalmente mais atualizada, que permite à mulher essa escolha. Segundo Puga (2009), 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, não considera-se mais um companheiro como condição intransponível para a constituição de uma família.

Ao correlacionar as variáveis antecedentes obstétricos e idade materna percebeu-se, conforme a tabela 1, significância estatística $p=0,000$, ou seja, estas variáveis estão fortemente relacionadas, uma vez que para as mães com idade até 18 anos houve concentração de primigestas (13,4%), enquanto que o somatório de secundigestas e multigestas (47,5%) concentrou-se nas mais adultas jovens; e para as mães com idade acima de 35 anos houve concentração de multigestas (4,1%). Conforme Correa (1998), com a difusão dos métodos contraceptivos a mulher ou o casal decidem querer ter ou não ter 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.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, Gonçalves, Gigante (2006) ressaltam que o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde é de 6 consultas referentes a uma gestação de baixo risco. Entretanto, os dados da DNV não permitem fazer uma análise precisa dos dados, pois enquanto MS preconiza 6 como número ideal de consultas, a DNV agrupa esta variável em: nenhuma, 1-3, 4-6, 7 +, ignorado. Nesta pesquisa, para facilitar a avaliação estatística dos achados, agrupamos em < 7 e 7 + consultas. Ao correlacionar a variável idade materna e o número de consultas pré-natal não foi encontrada significância estatística ($p=0,516$), conforme os dados expressos na tabela 1. Entretanto, a tabela 2 aponta

significância estatística ($p=0,000$), quando esta variável é relacionada com a escolaridade materna, ou seja, quanto maior o nível de instrução materna investigada, maior também foi o número de consultas pré-natal, sendo, portanto, variáveis dependentes. Esta associação também é encontrada no estudo de Haidar et al (2001, p.1027) cujas *mães com maior instrução tinham chance duas vezes maior de efetuarem mais de seis consultas, sugerindo que este tenha iniciado mais precocemente; assim, essas mães dariam mais importância ao pré-natal e/ou teriam um acesso mais fácil ao acompanhamento de sua gestação.*

A variável escolaridade também foi correlacionada com a variável antecedentes obstétricos, conforme a tabela 3, e apresentaram significância estatística ($p=0,000$), ou seja são variáveis dependentes, pois o maior número de primigestas (21,2%) encontra-se entre as mães com maior escolaridade. A baixa escolaridade materna tem sido relacionada a morbimortalidade materno-infantil, a desvantagens nutricionais, maior paridade, pré-natal inadequado, imunização incorreta, baixo peso, principalmente, quando estes índices revelam mães menores de 19 anos (CARNIEL, 2003).

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 educativas em saúde, como orientar as gestantes quanto ao cuidado com a própria 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, além de favorecer o vínculo entre a gestante e o programa de atenção à saúde da mulher e da criança, para seguimentos posteriores. Para que isso ocorra, a mulher deve iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre e ser acompanhada integralmente ao longo de sua gravidez, perfazendo assim mais de seis consultas (COUTINHO et al, 2003).

Ao correlacionar as variáveis idade materna e peso do recém-nascido, este estudo não apontou significância estatística ($p=0,181$), caracterizando-se como variáveis independentes. Entretanto, os resultados referentes à associação entre idade materna e peso ao nascer encontram apoio no estudo realizado por Ceccon (2007). Nesse estudo advoga-se que as faixas etárias precoces e avançadas constituem fatores de risco para o peso do recém-nascido, que, atrelado a condições socioeconômicas desfavoráveis, estado nutricional da gestante e assistência pré-natal precária possibilitam o aumento dos indicadores de morbidade e mortalidade infantil. Ressalta-se que, o peso ao nascer pode também implicar nas condições de saúde ou doença ao longo da vida adulta, necessitando de acompanhamento pela equipe de saúde, na tentativa de prevenir possíveis complicações posteriores decorrentes de índices de peso abaixo ou acima dos níveis preconizados.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar a possibilidade de utilizar os dados contidos na Declaração de Nascido Vivo para traçar o perfil das mães atendidas no município de Cajazeiras, no ano de 2007. Embora tenha havido omissão de dados no preenchimento de algumas variáveis, em algumas DNV pesquisadas, isto não inviabilizou o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa, pois os resultados obtidos permitiram traçar o perfil das mães atendidas no município de Cajazeiras, em 2007.

Do perfil característico das mães investigadas, tendo como fonte a DNV, destacam-se: 14,7% de mães adolescentes, 78,6% adultas jovens e 6,7% adultas. Em maioria (72,4%) procedia da zona urbana; 85,1% exerciam atividades não remuneradas; 74,8% sem companheiro. Tais achados configuram mães de nível socioeconômico insalubre, apresentando fatores de risco gestacional e neonatal, uma vez que 60,6% realizaram menos de 7 consultas pré-natal; 21,4% tinham até 3 anos de escolaridade; houve variação entre o número de filhos tidos anteriormente, sendo a maior incidência de primigestas (45,7%) e menor incidência de multigestas (26%).

As variáveis que apresentaram significância estatística, $p=0,000$, foram as correlações entre: idade materna e ocupação; idade materna e situação conjugal; idade materna e antecedentes obstétricos; escolaridade materna e o número de consultas pré-natal; e entre escolaridade materna e antecedentes obstétricos.

Embora, na atualidade, o senso comum acredite que a idade materna interfira no peso ao nascer, apontando uma tendência para o baixo peso do recém-nascido, principalmente, as mães com idade precoce à gestação, os achados desta pesquisa não apresentaram significância estatística quando se correlacionou as variáveis idade materna e peso do recém-nascido.

Este estudo mostrou a possibilidade e relevância de se utilizar os dados provenientes do SINASC para o planejamento de ações de saúde destinadas ao grupo materno-infantil. Além disso, a distribuição dos resultados referentes às características maternas mostrou que o perfil das mães não foi homogêneo na cidade de Cajazeiras, no ano pesquisado. A partir dos resultados obtidos, torna-se possível formular hipóteses acerca das influências sócio-demográficas e econômicas no período gestacional e puerperal.

A Declaração de Nascido Vivo 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", o que pode ser conseqüência de dificuldades no

preenchimento, podendo interferir na captação dos resultados. Em relação à escolaridade, por este constituir-se de um dado que não consta no prontuário da gestante, é necessária a designação de uma pessoa para entrevistar a puérpera para conseguir este dado, e supõe-se que a falta de preenchimento possa também estar relacionada 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, assim, a compreensão daqueles que a preenchem. Quanto ao número de nascimentos ocorridos, é importante o fato de existir associação entre a mortalidade perinatal e a paridade, a fim de evidenciar-se maior risco entre as primíparas e as grandes múltiparas, e junto às características da mãe, seria de grande importância incluir o número de abortos na Declaração, a fim de buscar-se associações para uma melhor compreensão das condições de saúde da gestante e os possíveis riscos pertinentes ao recém-nascido. Quanto às variáveis relativas à gestação e ao parto, verifica-se que as informações sobre a duração da gestação, tipo de gravidez e tipo de parto apresentam valores bastante aceitáveis. Tal fato pode justificar-se por, sendo a maioria de nascidos vivos resultado de parto hospitalar. Sendo assim, tais dados não poderiam ser desconhecidos. Relativamente ao número de consultas de pré-natal, que permite avaliar o grau de cobertura do atendimento de pré-natal, nos serviços de saúde, observa-se que houve uma divergência no que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que consiste em no mínimo 6 consultas, e o agrupamento da variável na Declaração de Nascido Vivo, que inclui de 1-3, 4-6 e 7 e mais consultas, impossibilitando assim uma análise precisa deste dado.

Sugere-se que, para que os dados da DNV possam subsidiar ações de promoção em saúde efetivas, 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 DNV; e que se destaque a importância deste documento e do seu preenchimento integral. Dessa forma, a DNV como documento científico possa proporcionar a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. Para tanto, acredita-se na importância de motivar os gestores municipais nessa questão e sensibilizá-los quanto ao uso dos dados de nascidos vivos na construção de indicadores de saúde, capazes de fornecer subsídios para análise adequada da situação de saúde, no nível local.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq/UFCG pela concessão da bolsa de iniciação científica;

À equipe da IX Regional de Saúde de Cajazeiras, pelo acolhimento das pesquisadoras e por permitir o acesso às DNV;

À Direção da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/ETSC/CFP/UFCG, pelos recursos materiais disponibilizados à pesquisa;

À professora Dra. Maria do Carmo A. Duarte de Farias pela orientação e apoio na realização da pesquisa;

Ao professor Dr. Alcides da Silva Diniz, pela orientação no tratamento estatístico desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Manual de procedimentos do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

CARNIEL, E.F. et al. A declaração de nascido vivo como orientadora de ações em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Campinas, v. 3, n. 2, p. 165-174, 2003.

CECCON, M. E. J. R. O peso do recém-nascido como fator de risco para morbidade e mortalidade: como interpretar? **Pediatria**. São Paulo; v. 29, n. 3, p. 162-164, 2007.

CORREA, M de J. **Sobre a maternidade**. *Análise Psicológica*: v. 3, n. 16, p. 365-371, 1998.

COSTA M. C. O. et al. Indicadores sócio-infantis na adolescência e juventude: sócio-demográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 77 n. 3, p. 235-242, 2005.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**. Juiz de Fora, v. 25, n. 10, p 717-724, 2003.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde: Estatísticas vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 mai. 2009.

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.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, H.; GIGANTE, D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1459-1469, 2006.

HAIDAR, F. H.; OLIVEIRA, F. U.; NASCIMENTO, L. F.C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, 2001.

PUGA, F. **Sociedade matriarcal**. Disponível em: <http://bebe.bolsademulher.com/bolsa_de_bebe/materia/mae_solteira/12356/1>. Acesso em: 23 jan. 2009.

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

RODRIGUES FILHO, J. et al. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. **Revista Saúde Pública**. Caaporã, v. 28, p. 284-289, 1994.

SALÁRIO Maternidade. Disponível em: <http://www.iserv.com.br/trabalhador/salario_maternidade.htm>. Acesso em: 20 mai. 2009.

SZAPIRO, A. M.; CARNEIRO, T.F. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade independente. **Psicologia: reflexão e Crítica**: v.15, n.1, p.179-188, 2002.

VITALLE, M. S. de S.; AMANCIO, O. H. S. **Gravidez na adolescência**. Disponível em: <www.brazilpednews.org.br/set2001>. Acesso em: 15 abr. 2009.