

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NASCIMENTOS EM FOZ DO IGUAÇU/ PR: INDICADOR PARA PLANEJAMENTO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO

Epidemiologic profile of births in Foz do Iguaçu /PR: indicator for planning nursing care

Perfil epidemiológico de nacimientos en Foz do Iguaçu /PR: indicador para el cuidado de planificación del enfermero

Karen Simone Fizinus Rodrigues¹

Ivete Palmira Sanson Zagonel²

RESUMO

Estudo que objetivou conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos de Foz do Iguaçu – Paraná, no período de 2000 a 2008, com base no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e seu principal instrumento, a Declaração de Nascido Vivo (DN). Trata-se de pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. Na organização e tratamento dos dados para análise estatística, foi utilizado o Programa Excel®. As variáveis incluíram local de nascimento, sexo, peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto, idade materna, escolaridade e número de consultas de pré-natal. Do total de 49.742 nascidos vivos, 7,65% a 9,01% nasceram com peso inferior a 2.500 g; 5,42% a 7,37% prematuros; 19,21% a 24,55% eram filhos de mães adolescentes, 5,58% a 7,13% destes prematuros; 6,30% a 2,29% das mulheres não realizaram pré-natal; e 29,01% a 56,94% das mulheres possuíam ensino fundamental incompleto. Conclui-se que a análise pelo enfermeiro da Declaração de Nascido Vivo é um excelente instrumento para planejar ações que visem à qualidade do cuidado à mulher no período da gestação, parto, puerpério e ao recém-nascido.

Palavras-chave: Nascimento Vivo. Perfil de Saúde. Declaração de Nascimento. Indicadores Básicos de Saúde.

Abstract

Study aimed at knowing the epidemiological profile of the newborns in the city of Foz do Iguaçu, Paraná, from 2000 to 2008, based on the Information of Live Birth Database, and on its main instrument, the Life Birth Certificate. It is a descriptive, retrospective research with a quantitative approach. In order to organize and apply the data, Excel® software was used. The variables included place of birth, sex, birth weight, gestational age, type of delivery, maternal age, education and number of prenatal care. Out of the total of 49.742 live births, 7.65 % to 9.01% were born with less than 2,500g; 5.42% to 7,37% were born premature; 19,21% to 24,55% were children of teenage mothers, which 5,58% to 7,13% were premature; 6,30% to 2,29% of the women did not have prenatal and 29,01% to 56,94% did not complete primary school. The conclusion was that the analysis made by the nurse from the Life Birth Certificate is an excellent tool to plan future actions that aim quality of care to the woman during pregnancy, delivery, postpartum and to the newborn.

Keywords: Live birth. Health profile. Birth certificates. Health status indicators.

Resumen

Estudio que tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico de los nacimientos en Foz do Iguaçu, Paraná, de 2000 a 2008, con base Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos y su instrumento principal, la Declaración de Nacimiento. Este es un estudio descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo. En la organización y procesamiento de los datos para análisis estadística utilizó el programa Excel®. Las variables incluyeron el local de nacimiento, sexo, peso al nacer, edad gestacional, tipo de parto, edad materna, la educación y el número de atención prenatal. De los 49.742 nacidos vivos, de 7,65% hasta 9,01% nacieron pesando menos de 2.500 g, 5,42% hasta 7,37% prematuros; 19,21% hasta 24,55% eran hijos de madres adolescentes siendo 5,58% a 7,13% prematuros de madres adolescentes, el 6,30% hasta 2,29% de las mujeres no realizaron prenatal y 29,01% a 56,94% de las mujeres no había completado la escuela primaria. Se concluye que el análisis realizado por la enfermera de la Declaración de Nacido Vivo es una excelente herramienta para planear las acciones que visan a la calidad de la atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

Palabras clave: Nacimiento vivo. Perfil de salud. Certificado de nacimiento. Indicadores de salud.

¹ Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança - Universidade Estadual de Londrina - PR e pós-graduanda em Enfermagem com Ênfase em Pediatria - Faculdades Pequeno Príncipe - Curitiba - PR. Brasil. E-mail: lali_grispan@hotmail.com, ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta e Vice-coordenadora da Residência em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR. Brasil. E-mail: mtacla@sercomtel.com.br;³Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente e Coordenadora da Residência em Enfermagem Neonatal do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina- Londrina-PR.Brasil. E-mail: ediluiz@sercomtel.com.br

INTRODUÇÃO

O conhecimento do número de nascidos vivos é indispensável para a elaboração de indicadores de saúde, em seus aspectos epidemiológicos, político-sociais e econômicos, que podem representar a realidade de uma comunidade.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do Sinasc permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.¹

A Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003, regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. Em seu Art. 2º estabelece que “o conjunto de ações relativas à coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os nascidos vivos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc”. Esta Portaria substituiu a Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000^{2,19}.

O Sinasc é um sistema com informações de nascimentos ocorridos em todo o País – tanto nos setores público e privado da saúde como nos domicílios. Seu principal instrumento é a Declaração de Nascido Vivo (DN); “logo após o nascimento, no serviço onde ocorreu o parto, um profissional de saúde adequadamente treinado deve preencher todos os campos da DN”^{2,9}.

A DN constitui-se em um documento individualizado e padronizado em nível nacional cujo objetivo principal é obter um perfil epidemiológico dos nascimentos segundo variáveis como: sexo, peso ao nascer, idade gestacional, duração da gestação, tipo de parto e paridade.²

Em Foz do Iguaçu, a implantação da DN ocorreu em 1994, acatando às diretrizes do Ministério da Saúde, tendo como meta o planejamento das ações de saúde para as parturientes e seus recém-nascidos. A cidade de Foz do Iguaçu é um município brasileiro no extremo oeste do estado do Paraná, na fronteira com a Argentina e o Paraguai, fundado em 1914 e contando em 2008 com uma população estimada de 319.189 habitantes.³

A população menor de 1 ano é estimada em 6.681 crianças, e a população de adolescentes, em 46.962 habitantes; 34.253 adolescentes pertencem ao grupo etário de 10 a 14 anos e 32.709 adolescentes ao grupo de 15 a 19 anos, sendo destes 33.878 adolescentes do gênero feminino de 10 a 19 anos.³ A ênfase na incidência de gestações na adolescência

para fins deste artigo deve-se ao interesse pela temática, a partir da atividade assistencial da primeira autora na área de saúde coletiva, ao observar um aumento no número de gestações na adolescência e a preocupante baixa procura pelo serviço de pré-natal, um atendimento que tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal. Despertou-se, assim, a motivação das autoras para a necessidade de conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos na cidade de Foz do Iguaçu/PR no período de 2000 a 2008, a partir das variáveis como local de nascimento, gênero, peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto, idade materna, escolaridade e número de consultas de pré-natal. Manteve-se o intuito de enfatizar, no período pesquisado, a ocorrência de gestações entre adolescentes e a incidência de prematuridade nesta faixa etária.

O interesse em investigar o perfil epidemiológico dos nascimentos, com ênfase na adolescência, surge pela preocupação, enquanto enfermeiras, de proporcionar uma atenção especial e de qualidade a este grupo populacional com base no Sinasc de Foz do Iguaçu/PR. Compreender as causas da ocorrência persistente ao longo dos anos pesquisados de gestação entre adolescentes auxilia o enfermeiro a planejar o cuidado com base em indicadores reais, tendo como apoio o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Nos sistemas de informações epidemiológicas, a base de coleta de dados é a população, e as informações serão mais fidedignas e de melhor qualidade quanto maior for sua cobertura e mais detalhados forem os dados para a descrição dos eventos, como óbitos, nascimentos, doenças e agravos. Enquanto algumas informações gerenciais restringem-se a parcela específica de usuários do SUS, a epidemiológica tem abrangência maior, pois trabalha com o universo da população.⁴ Portanto, o trabalho do enfermeiro deve subsidiar-se de dados epidemiológicos sistematizados como ingrediente fundamental do processo decisório.

O importante é inter-relacionar distintas estratégias e sistemas de informação que subsidiam as ações para promover e facilitar a aquisição de competência da autonomia do adolescente e, conseqüentemente, o exercício da vida reprodutiva. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos serve, neste caso, para fornecer indicadores, dados para que os profissionais e gestores possam refletir, planejar e implementar as ações preventivas e interventivas junto a um grupo específico de atenção, neste caso de adolescentes.

Ter o adolescente na centralidade das ações de saúde, educacionais, psicológicas e legais, com ênfase na autonomia e liberdade, não significa que esta concepção de autonomia e liberdade seja inteiramente aceita e compreendida entre os próprios adolescentes e entre aqueles que cuidam deles. Apenas o reconhecimento formal de cidadania e direitos humanos deste grupo populacional, no plano normativo, não basta. Há necessidade de cautela particularmente em relação à definição legal de autonomia

em dois aspectos importantes na vida adolescente, a sexual e reprodutiva.⁵

Em especial, na ocorrência da gravidez de adolescentes, ações ainda são planejadas para cuidar deste momento específico, reforçando a atenção à saúde da gestante e do filho. Porém, é preciso conhecer os dados epidemiológicos da evolução demográfica de nascimentos em determinada região, para ativar estratégias de intervenção, subsidiando os profissionais das áreas de saúde, educação, jurídica e outras, para uma atuação efetiva e preventiva, evitando futuras gestações anteriores à fase adulta.

Vivenciar a gestação na adolescência é uma experiência desafiadora à própria adolescente, ao companheiro, à família e aos profissionais da saúde. Nesse processo de viver, a adolescente experiencia a transição desenvolvimental, porém, com a ocorrência da gestação, vivencia simultaneamente, a transição situacional. A transição desenvolvimental compreende períodos transitórios da vida, são considerados críticos, envolvendo todo o ciclo vital desde o nascimento. Nessa transição encontra-se a adolescência. A transição situacional envolve a ocorrência de eventos inesperados ou não, que ocorrem no viver do ser humano, incluindo gravidez, nascimento, morte, incidentes, entre outras.⁶

A simultaneidade das transições conduz a compreender a adolescência como uma fase da vida marcada por mudanças físicas, psíquicas e sociais. Um período em que o ser humano passa por profundas e marcantes transformações.⁷ Além dessa compreensão, o enfermeiro necessita conhecer o processo de transição situacional, pela ocorrência da gestação e suas consequências à adolescente que a experiencia.

A gestação é um fenômeno fisiológico, que, na maioria dos casos, decorre sem complicações, mas requer cuidados especiais na assistência pré-natal. É no período pré-natal que se estabelecem os vínculos, em que o profissional tem, como principal papel, o acolhimento à mulher desde o início da gravidez, momento em que ocorrem importantes mudanças físicas e emocionais. A assistência pré-natal reduz cerca de 80% o índice de mortalidade perinatal, mesmo em locais que não dispõem de recursos médicos sofisticados.⁸

O enfermeiro, ao compreender a simultaneidade do processo de transição, pode atuar de maneira antecipatória para prevenir, promover ou mesmo intervir de forma terapêutica diante dos efeitos da transição, tendo como objetivo restabelecer a harmonia e a estabilidade perdida.⁹

Todos os esforços devem ser feitos no sentido de prevenir a ocorrência de gestação na fase adolescente; porém, diante de sua concretude, é primordial o cuidado subsidiado por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. A importância e a necessidade de obter dados sobre as características dos nascimentos são fundamentais para o enfermeiro e para a comunidade, pois com essas informações é possível conhecer as estatísticas e elaborar indicadores

demográficos e epidemiológicos da comunidade voltados à ação e à tomada de decisão.

Diante dessa contextualização, o presente trabalho objetiva conhecer o perfil epidemiológico de nascimentos no município de Foz do Iguaçu- Paraná, no período de 2000 a 2008, conformando nove anos de investigação, referidos na Declaração de Nascido Vivo (DN) do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc).

METOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa, em que foram analisadas as Declarações de Nascidos Vivos (DN) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de Foz do Iguaçu/PR.

O formulário da DN possui três vias: a primeira é enca-minhada ou recolhida pela secretaria municipal de saúde; a segunda, entregue à família, que a levará ao cartório para o pertinente registro de nascimento; a terceira é arquivada no prontuário do serviço de saúde responsável pelo parto. É importante frisar que, das três vias da DN, a primeira é a que fornece os dados para o Sinasc. A Secretaria Municipal de Saúde encaminha mensal-mente as informações da DN (de preferência por meio eletrônico) para a Se-cretaria Estadual de Saúde, a qual as repassa para o Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde.²

Depois de solicitada autorização e aprovação para efetivar a pesquisa por meio do Termo de Consentimento Institucional, a coleta dos dados se deu no banco de dados do Sinasc, captando os dados contidos nas DN, cedidos pela Secretaria Municipal de Foz do Iguaçu e Vigilância Epidemiológica do município.

A seleção das variáveis foram definidas por estabelecimento (local de nascimento da criança nas seguintes categorias: hospitalar, domicílio, unidade básica de saúde e pronto atendimento); gênero do recém-nascido (masculino ou feminino); peso ao nascer (primeira medida de peso do recém-nascido obtida logo após o seu nascimento nas seguintes categorias: menor de 2.500 g; de 2.500 a 2.999 g; e acima de 3.000 g); idade gestacional (tempo transcorrido desde a concepção até momento do nascimento: pré-termo, com idade gestacional menor de 37 semanas; a termo, de 37 a 41 semanas; e pós-termo, acima de 42 semanas); tipo de parto (vaginal ou cesáreo); idade materna (com as categorias: adolescentes de 10 a 19 anos; de 20 a 29 anos; de 30 a 39 anos; e acima de 40 anos); escolaridade (nenhum ano de estudo; ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e ensino médio, ou mais anos de estudo); frequência da realização do pré-natal (não realizou nenhuma consulta; de uma a seis consultas; e de sete ou mais consultas).

O processo de organização, tratamento e tabulação dos dados foi feito por computador, utilizando o programa Excel® e

nas formas de planilhas, gráficos e tabelas, posteriormente descritas e analisadas.

A amostra deste estudo inclui os nascidos vivos do município de Foz do Iguaçu-Paraná durante o período de janeiro a dezembro dos anos de 2000 a 2008. Foram considerados nascidos vivos os produtos da concepção que, depois da separação, da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não importando a duração da gravidez, respiravam ou apresentavam outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.¹⁰

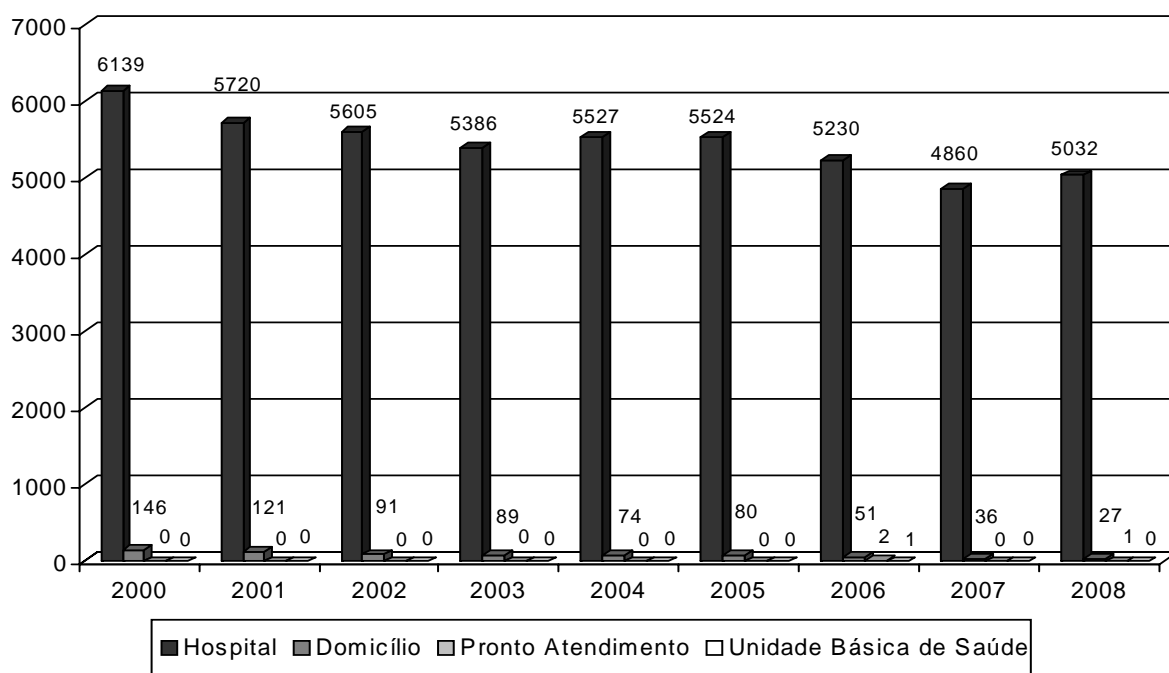
Este artigo é parte da pesquisa “Significado e fatores de risco envolvidos diante da prematuridade para adolescentes-mães” que a primeira autora desenvolve no Curso de Mestrado da Faculdades Pequeno Príncipe - FPP. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Pequeno Príncipe, recebendo o número 0544-08 de registro

RESULTADOS

Pela análise das DN que foram registrados em Foz do Iguaçu, durante os anos de 2000 a 2008, os resultados apontam um total de 49.742 nascidos vivos. O número de nascidos vivos vem apresentando decréscimo ao longo dos anos estudados (Gráfico 1).

O local dos nascimentos da amostra deste estudo foi predominantemente o ambiente hospitalar, variando de 97,68% a 99,45% indicando que o percentual de partos domiciliares diminuiu anualmente para o período coletado, ou seja, que as mulheres tiveram maior acesso à atenção hospitalar no momento do parto. Resultados semelhantes foram observados no município de Piripiri,¹¹ no Piauí, para o período de 2000 a 2002, em que o percentual para nascimentos hospitalares variou de 97,3% a 99,6%.

Gráfico 1 – Distribuição dos nascidos vivos no município de Foz do Iguaçu de 2000 a 2008, segundo local de ocorrência do nascimento.



Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Vigilância Epidemiológica de Foz do Iguaçu-PR: 2000 a 2008.

Quanto às características dos nascimentos, a Tabela 1 indica um maior número de crianças do gênero masculino, variando de 50,62% a 52,47%. A predominância do gênero masculino em comparação ao feminino foi demonstrada também em estudo sobre nascidos vivos em Piripiri,¹¹ no Nordeste, nos anos de 2000-2002, apresentando, inclusive, relação igual à calculada para o município de Foz do Iguaçu.

O percentual para a variável peso ao nascer neste estudo foi de 7,65% a 9,01% para peso inferior a 2.500 g e de 21,06% a 22,82% para nascidos vivos com peso insuficiente de 2.500 g a 2.999 g (Tabela 1). Observou-se que o número de nascidos vivos de peso inferior a 2.500 g foi menor do que os 9,3% observados em Niteroi¹² e maior do que os 3,8%-4,6% observados em Piripiri¹¹, no Piauí.

Nos anos estudados, 92,27% a 94,05% dos nascidos vivos nasceram a termo, de 37 a 41 semanas de gestação, e 5,42% a 7,37% nasceram prematuros ou pré-termo (menos de 37 semanas completas); observou-se um aumento do percentual de recém-nascidos prematuros com o passar dos anos. O valor encontrado para a prematuridade foi acima do valor de 4,9% observado em Blumenau, Santa Catarina.¹³

Sabe-se que o baixo peso ao nascer expressa o retardo do crescimento intra-uterino ou a prematuridade, que representa um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. O baixo peso é um preditor da sobrevivência infantil, sendo que, quanto menor o peso ao nascimento, maior a possibilidade de morte precoce.

Tabela 1 – Distribuição dos nascidos vivos no município de Foz do Iguaçu de 2000 a 2008, segundo gênero, peso ao nascer, idade gestacional e tipo de parto

VARIÁVEL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
GÊNERO									
Masculino	3198	3009	2923	2872	2933	2896	2675	2535	2655
Feminino	3087	2832	2773	2603	2668	2708	2609	2361	2405
PESO									
Inferior a 2.500 g	481	466	445	427	481	436	409	389	465
2.500 a 2.999 g	1324	1236	1240	1242	1232	1234	1206	1110	1093
Acima de 3.000	4480	4139	4011	3869	3888	3934	3669	3397	3511
IDADE GESTACIONAL									
< 37 semanas	387	330	311	297	377	397	343	327	373
37 a 41 semanas	5822	5881	5357	5130	5206	5171	4908	4552	4669
> 42 semanas	39	30	25	46	18	34	32	15	17
Ignorado	37	0	3	2	0	2	1	2	1
TIPO DE PARTO									
Vaginal	4147	3522	3419	3092	2865	2828	2747	2518	2533
Cesáreo	2117	2318	2276	2381	2736	2776	2537	2378	2527
Ignorado	21	1	1	2	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Vigilância Epidemiológica de Foz do Iguaçu-PR: 2000 a 2008.

Considerando que 92,27% a 94,05% dos nascimentos foram de gestações a termo e 69,39% a 71,29% foram dos nascimentos de bebês com peso acima de 3.000 g, justifica-se a escolha da via do parto como predominantemente a vaginal, como indica a Tabela 1. Porém chama a atenção o elevado índice de parto cesáreo, variando de 33,84% a 49,94% do total de nascimentos; quando comparado com o das adolescentes, o percentual variou de 29,68% a 40,46%. Em estudo com adolescentes no Ceará,¹⁴ Fortaleza, no ano de 2001, observaram 72,6% de partos vaginal e 27,4% de partos cesáreo.

O parto cesáreo é preferencialmente reservado aos nascimentos com intercorrências obstétricas, que resultem em risco materno ou fetal, a exemplo da prematuridade ou pré-termo.

Se a análise for feita pela variável risco, os dados disponíveis não apontam a indicação de cesárea de acordo com o tipo de risco. Pode-se inferir que a indicação deveria estar relacionada ao número de partos prematuros ou pré-termo, portanto em torno de 5,42% a 7,37% (Tabela 1).

O número elevado de cesáreas pode estar relacionado à precariedade de orientações no período pré-natal, momento em que a mulher tem a oportunidade de conhecer, obter informações sobre o parto vaginal como via recomendada, pois facilita sua recuperação pós-parto, além de ser menos invasivo. Existem evidências de que, em relação ao parto cesáreo, não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbimortalidade perinatal e que traumatismos fetais também ocorrem, em especial em casos de prematuros. O parto normal é o vaginal, que é mais seguro para a mulher e para a criança.⁸

O percentual de partos cesáreos entre os nascidos vivos em Foz do Iguaçu foi superior ao de Minas Gerais,¹⁵ onde os partos cesáreos representaram 46,9% e 46,4%, e inferior ao do município de Piriá,¹¹ onde foram observados 27,4% a 22,5%, respectivamente.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde, somente 15% dos partos poderiam ter indicação médica para o

parto operatório, pois taxas superiores podem expor as mães e as crianças a grandes riscos para a saúde,¹⁶ como as hemorragias, infecção, embolia pulmonar e os acidentes anestésicos,⁸ assim como taxas muito baixas estão associadas à elevação da mortalidade materna.

Para diminuir os partos operatórios e melhorar a assistência obstétrica, o Ministério da Saúde implantou algumas ações através de portarias, em que a enfermeira obstétrica realiza o parto normal sem distócia, reduzindo a morbimortalidade materna e perinatal.¹⁴

Com relação à idade materna e à escolaridade das mães dos nascidos vivos em Foz do Iguaçu/PR, no período de 2000 a 2008, conforme a Tabela 2, ressalta-se a maior significância no número de partos entre mulheres com 20 a 34 anos de idade, variando de 66,97% a 71,38%, seguidos dos nascimentos entre adolescentes com 10 e 19 anos, variando de 19,21% a 24,55%. Este percentual de mães adolescentes foi semelhante ao de Feira de Santana, na Bahia,¹⁷ com índice de 21,6%, e superior ao observado no município de Niteroi, que foi de 15%.¹²

Este índice pode ser reduzido, pois a gravidez associada ao estágio de desenvolvimento da adolescente complica a realização das etapas desenvolvimentais, a qual constitui uma verdadeira crise vital, uma alteração temporária de um equilíbrio preexistente.⁷

Quanto à escolaridade, a Tabela 2 demonstra ainda que um percentual de 29,01% a 56,94% das mulheres possuía ensino fundamental incompleto e que as mulheres que não tinham nenhum ano de estudo passaram de 6,16% em 2000 para 1,46% em 2008. Em Feira de Santana, na Bahia,¹⁷ foram encontrados resultados de 51,2%, de mulheres que possuíam ensino

fundamental incompleto, e, em Piriipirí¹¹, no Piauí, os resultados foram ainda maiores, variando de 71,9% a 75,2%, superiores aos observados no município de Foz do Iguaçu. A AA

A escolaridade materna pode ser vista como um indicador de condição social, sendo que, quanto maior o grau de instrução, melhor é o acesso a emprego e melhoria da posição socioeconômica da família.¹⁸

Na Tabela 2 é analisado o número de consultas de pré-natal efetivadas pelas gestantes no período estudado entre 2000 e 2008. Quanto à frequência da realização do pré-natal, o percentual baixou de 6,30% em 2000 para 2,29% em 2008 de mulheres que não tiveram acesso a assistência pré-natal. Este percentual é superior ao encontrado em Blumenau (1,5%), também na região sul do Brasil.¹³ Um número adequado de consultas pré-natal (sete ou mais consultas) foi observado em um percentual variando de 26,60% a 66,46% das gestantes. Contudo, o número de mulheres com menos de sete consultas variou de 72,88% a 33,44%, o que revela um aumento no número de consultas de pré-natal, mas ainda há a necessidade de busca ativa das gestantes faltosas e de motivá-las para o acompanhamento do pré-natal.

Em estudo realizado no município de Piriipirí,¹¹ Piauí, nos anos de 2000 a 2002, o percentual de mulheres que realizaram menos de sete consultas no pré-natal foi superior ao encontrado em Foz do Iguaçu, variando de 81,1% a 90,3%, e em Blumenau¹³, no sul do Brasil, onde foram observados resultados semelhantes 60,8%. Em relação às adolescentes, 17,66% a 50,41 realizaram mais de sete consultas de pré-natal. O acompanhamento médico adequado durante a gestação tem a função de minimizar os efeitos adversos à adolescente e ao recém-nascido.

Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos no município de Foz do Iguaçu de 2000 a 2008, segundo a idade materna, escolaridade e número de consultas de pré-natal

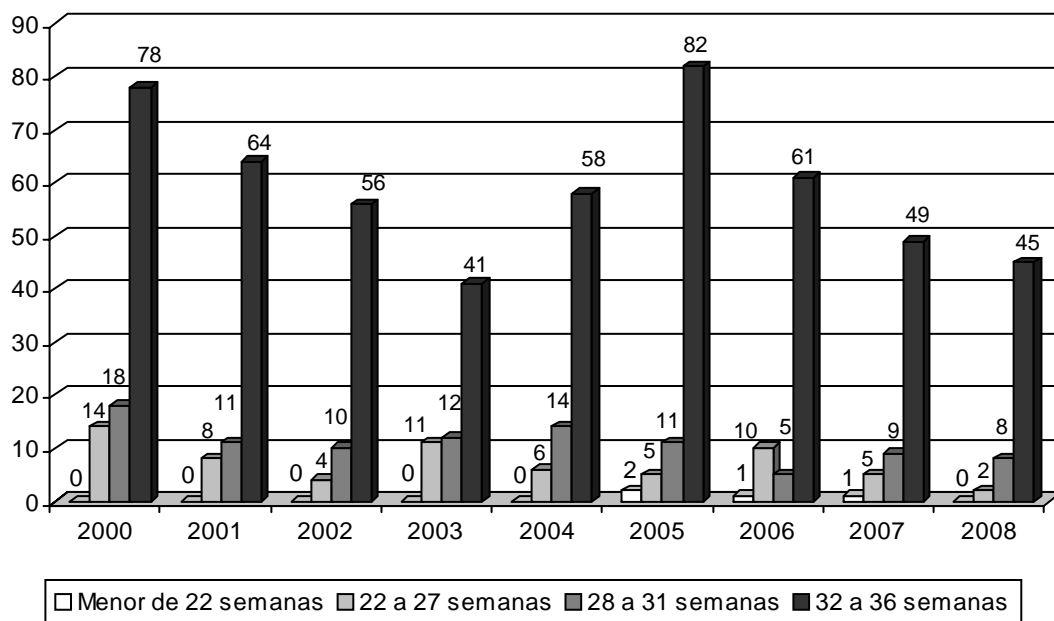
VARIÁVEL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
GÊNERO									
Masculino	3198	3009	2923	2872	2933	2896	2675	2535	2655
Feminino	3087	2832	2773	2603	2668	2708	2609	2361	2405
PESO									
Inferior a 2.500 g	481	466	445	427	481	436	409	389	465
2.500 a 2.999 g	1324	1236	1240	1242	1232	1234	1206	1110	1093
Acima de 3.000	4480	4139	4011	3869	3888	3934	3669	3397	3511
IDADE GESTACIONAL									
< 37 semanas	387	330	311	297	377	397	343	327	373
37 a 41 semanas	5822	5881	5357	5130	5206	5171	4908	4552	4669
> 42 semanas	39	30	25	46	18	34	32	15	17
Ignorado	37	0	3	2	0	2	1	2	1
TIPO DE PARTO									
Vaginal	4147	3522	3419	3092	2865	2828	2747	2518	2533
Cesáreo	2117	2318	2276	2381	2736	2776	2537	2378	2527
Ignorado	21	1	1	2	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Vigilância Epidemiológica de Foz do Iguaçu-PR: 2000 a 2008

Quanto às adolescentes que tiveram recém-nascidos prematuros (Gráfico 2), o percentual variou de 5,58% a 7,13%; os resultados deste estudo concordam com os dados da literatura, quanto à idade gestacional de pré-termo. Em estudo no município de Campinas¹⁷, São Paulo, pelos dados

coletados através do Sinasc 1995, mostrou índice geral de prematuridade de 6,2%, sendo 7,6% filhos de adolescentes; e, entre as mães de nascidos vivos de baixo peso e prematuros, 22,8% e 25,9%, respectivamente, eram adolescentes.

Gráfico 2 – Distribuição dos nascidos vivos no município de Foz do Iguaçu de 2000 a 2008, segundo parto prematuro das adolescentes-mães.



Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Vigilância Epidemiológica de Foz do Iguaçu-PR: 2000 a 2008.

DISCUSSÃO

É possível concluir que, no município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná, para o período de 2000 a 2008, quanto à caracterização dos nascimentos, a maioria (97,68% a 99,45%) foram partos realizados em ambiente hospitalar, houve predomínio (50,62% a 52,47%) de nascimentos do gênero masculino e 69,39% a 71,29% de crianças nascidas com peso de acima de 3.000 g. Entretanto, 7,65% a 9,01%, nasceram com peso inferior a 2.500 g e 5,42% a 7,37% nasceram prematuros. O parto vaginal foi superior (65,98% a 50,06%) ao cirúrgico, sendo que a taxa de parto cesáreo para o município foi bastante elevada (33,84% a 49,94%).

Do total de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR, independente da via, 29,68% a 40,30% foram de filhos de mães adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, e, em relação à via de parto das adolescentes, 70,32% a 57,20% foram partos vaginais. De todos os nascimentos da amostra, 6,30% a 2,29% das mulheres não tiveram assistência ao pré-natal. Este indicador pode ser associado ao nível de escolaridade, em que 29,01% a 56,94% das mulheres possuíam ensino fundamental incompleto.

Este estudo possibilitou o uso da base de dados de nascimentos, sugerindo o monitoramento sistemático das informações do Sinasc como ferramenta imprescindível para o planejamento das ações de saúde materno-infantil. Com os dados coletados através do Sinasc, podemos planejar e implementar estratégias para a melhoria das condições de saúde da população, o qual poderia ser utilizado como um dos instrumentos de avaliação em unidade terciária e intervir em ações capazes de prevenir a morbimortalidade, pois não existe a relação de continuidade e complementariedade entre as atividades da atenção básica e as hospitalares.

As DN são fontes de dados ricas, por meio delas, podemos planejar ações que visem ao cuidado durante a gestação, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Devem ser utilizadas para estudos epidemiológicos em virtude da sua qualidade e quantidade de informações relacionadas à saúde materno-infantil.

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos é um aliado para o planejamento das ações de cuidado à saúde das populações. Possibilita a caracterização dos nascimentos, fornecendo subsídios para análise, julgamento e tomada de

decisão a partir dos indicadores. Nesse sentido há necessidade de enfatizar a importância do preenchimento correto das DN, na qual deve contemplar informações precisas e fidedignas oferecendo a real situação dos nascimentos.

Esses dados fornecem subsídios para a elaboração de políticas de saúde e devem ser considerados nas prioridades da atenção materno-infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no presente estudo permitem reconhecer a necessidade de os serviços e profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, investirem em ações específicas de captação precoce de gestantes para o pré-natal, assim como garantir a sua acessibilidade aos programas, com formação do vínculo e confiança entre a gestante e os profissionais, favorecendo, assim, a adesão à assistência pré-natal. Essas ações de captação precoce, facilidade de acesso ao serviço de pré-natal e formação de vínculo entre profissional e mulher contribuirão para que ela retorne à unidade para inserção em novos programas após o parto, a exemplo do planejamento familiar e puericultura para acompanhamento do seu filho.

A divulgação dos dados deste trabalho para os enfermeiros e profissionais de saúde que realizam a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido é essencial para subsidiar o conhecimento da clientela e na elaboração de programas de saúde que atendam ao perfil de usuáries evidenciado nos dados.

O acesso ao sistema de informação em saúde por meio de dados epidemiológicos fornece instrumentos, direcionadores, que facilitam o desenvolvimento de diferentes ações no cotidiano da prática profissional do enfermeiro. É possível refletir, mensurar, investigar e avaliar os dados e tomar decisões que contribuam não somente para a prevenção de agravos à saúde, mas, principalmente, para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e infantil. Ao traçar as metas a partir de dados coletados pelo sistema de informação, é possível fazer o acompanhamento de cada ação delineada e verificar os resultados alcançados.

Os benefícios são notórios aos envolvidos, equipe de saúde, usuáries e a própria instituição de saúde. O planejamento adequado das ações de cuidado, em especial a grupos vulneráveis, como adolescentes, facilita a avaliação da qualidade e quantidade das intervenções efetivadas.

O cuidado de enfermagem é amplo e complexo e exige a atenção, a obstinação, a dedicação para olhar e enxergar em dados estatísticos, direcionadores reais e potenciais para aumentar a qualidade das ações e benefícios aos usuáries. O cuidado baseado em fontes de informações oferece visibilidade e autonomia ao desempenho do enfermeiro, nos distintos contextos de atuação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema de informações sobre nascidos vivos—SINASC. Brasília (DF); 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/Visualizar_texto.cfm?idtxt=21379.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (Sinasc) para os profissionais do programa saúde da família. Brasília (DF); 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/importancia_sim_sinasc.pdf.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. Estimativas da população para 1 de julho de 2008 [dados na internet]. [citado 8 jul 2008]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP_2008_TCU.pdf
4. Peterlini OLG, Zagonel IPS. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. *Texto Contexto Enferm* 2006 jul/set; 15(3): 418-26.
5. Ventura M, Corrêa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad Saude Publica* 2006 jul; 22(7): 1505-09.
6. Meleis AI. The domain of nursing knowledge. In: _____. *Theoretical nursing: development and progress*. 3ª ed. Philadelphia (USA) : Lippincott; 1997.
7. Zagonel IPS. O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da enfermagem. Pelotas (RS): Ed Universitária/UFPel; 1999.
8. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF); 2001.
9. Rocha DLB, Zagonel IPS. Modelo de cuidado transicional à mãe da criança com cardiopatia congênita. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(3): 243-9.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. Registro civil dos nascidos vivos [dados na internet]. [citado 16 set 1975]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/nascido_vivo.shtml
11. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2006 abr / jun; 6 (2): 175-81.
12. Kale PL. Primeira avaliação do sistema de informações sobre nascidos vivos no município de Niterói. *Cad Saude Coletiva* 1997; 5: 53-64.
13. Santa Helena ET, Wisbeck J. Implantação do SINASC e perfil dos nascidos vivos de Blumenau: 1994-1997. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7: 35-42.
14. Silveira IP, Oliveira MIV, Fernandes AFC. Perfil obstétrico de adolescentes de uma maternidade pública no Ceará. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2004 ago; 8 (2): 205-10.

15. Albuquerque WA, Menezes SS, Santana HS. Análise do perfil das mães e dos nascidos vivos em Carbonita, Minas Gerais no ano de 1999, pelo estudo dos dados do SINASC. Rev Bras Saude Matern Infant 2001; 1: 137-43.

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Saúde (CE). Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária - nível ambulatorial. Fortaleza (CE); 2002.

17. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CL, et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. Cad Saude Publica 2002; 18: 715-22

18. Macharelli CA, Oliveira LR. Perfil do risco de óbito de crianças menores de um ano residentes em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. Rev Saude Publica 1991; 25:121-28.

Recebido em 21/04/2010
Reapresentado em 23/10/2009
Aprovado em 14/03/2010