

PERFIL DAS PARTURIENTES E SEUS RECÉM-NASCIDOS EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL

PROFILE OF PARTURIENTS AND THEIR NEWBORN IN THE CITY OF AMAZONIA LEGAL

EDIELE APARECIDA RIBEIRO DA SILVA¹, GERILAINE GARCIA DA SILVA¹, FRANCIELI CARNIEL^{2*}

1. Acadêmicas de Enfermagem do Centro Universitário São Lucas; 2. Professora orientadora. Enfermeira formada pela UFPel. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Lucas. Especialista em Neonatologia pela PUC/RS e em Pediatria pela UFRGS. Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, Doutoranda em Biologia Celular e Molecular Aplicada a Saúde /PPGBIOSAÚDE/ ULBRA.

*Avenida Engenheiro Manoel Barata Almeida da Fonseca, 542, Jardim Aurélio Bernardi, Ji-Paraná, Rondônia, CEP: 76907-524. francieli.carniel@saolucas.edu.br

Recebido em 14/10/2019. Aceito para publicação em 13/11/2019

RESUMO

Constituiu-se objetivo do presente estudo traçar o perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-Paraná/RO no ano de 2014 a 2018. Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários, registrados no SINASC e disponibilizados na vigilância epidemiológica do município. Frente os resultados a maioria das mães apresentaram uma média de 25 e 26 anos, casadas, de raça e cor parda e com 8 ou mais anos de estudo. A grande maioria dos partos ocorreu em ambiente hospitalar, havendo predominância no número de cesáreas, e no número de nascimento de RN do sexo masculino; o percentual de baixo peso ao nascer foi semelhante a dados apresentados em outros estudos realizados no Brasil; os nascidos vivos foram predominantemente a termo, a grande maioria foram gravidez do tipo única e o número de consulta de pré-natal aumentou melhorando dessa forma a qualidade da assistência prestada

PALAVRAS-CHAVE: Puérperas; recém-nascidos, pré-natal.

ABSTRACT

The aim of the present study is to describe the typical profile of post-natal women and newborn children (NB) in the municipality of Ji-Paraná/RO between in 2014 – 2018. This was a descriptive, retrospective and epidemiologic study, with a quantitative approach, using secondary data, registered with the SINASC and made available by epidemiological surveillance of the town. Based on the results, most mothers presented an average age of 25 and 26 years, were married, on brown race and color and had studied for 8 years or over.

The majority childbirths occurred in hospital, there was a predominance of cesarean rates and in the number of male NB births; the percentage of low birth weight was similar to data presented in other studies had in Brazil; among the lives births the full term newborns and single pregnancy were predominant. As well, the number of prenatal consultations increased improving the quality of assistance provided.

KEYWORDS: Parturient, newborn, prenatal.

1. INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) no ano

de 2000 definiu oito objetivos para o milênio, entre estes objetivos há um que retrata o compromisso social com a sobrevivência e direitos humanos inalienáveis, em especial aos grupos mais vulneráveis que incluem mulheres e crianças^[1].

Para monitoramento e avaliação desses dados foi criado em 1990 pelo Ministério da Saúde e implementado no Brasil um sistema de informações que coleta dados de todo o território nacional sendo o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos)^[2].

As características que são avaliadas pelo SINASC incluem locais e tipos de parto, a duração da gestação, peso ao nascer, idade gestacional, quantidade de consultas no pré-natal, doenças congênitas, idade materna e escolaridade da mãe entre outros, a fonte utilizada é a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), que segundo portaria de nº 116 é um documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional. Essas informações são essenciais para o desenvolvimento de indicadores demográficos e epidemiológicos, que permitem o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde^[3,3].

Outro programa lançado no ano de 2000 após o SINASC foi intitulado Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que visa ações que envolvem a promoção e a prevenção de agravos, e inclui um conjunto de exames laboratoriais, administração de vacinas, realização de atividades educativas, classificação de riscos e encaminhamentos^[5,6].

Como a população brasileira não se enquadra em um único padrão social e educacional, e como há uma grande diferença nos padrões cada região em relação ao atendimento em saúde, não é possível generalizar tipo de atendimento obstétrico prestado as várias instituições^[7].

Dessa forma este artigo tem por objetivo analisar o perfil das parturientes e seus recém-nascidos em um município da Amazônia legal, no intervalo temporal de 2014 a 2018, a partir dos dados obtidos na vigilância

epidemiológica do município.

Com a justificativa de levantar dados que poderão nortear ações de planejamento estratégico que visaram o melhoramento na qualidade das ações durante o pré-natal e nascimento.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi conduzida no Município de Ji-Paraná, estado de Rondônia localizado na porção Centro Oeste do Estado na microrregião de Ji-Paraná e na mesorregião do Leste Rondoniense com uma população estimada de 128.969 pessoas, segundo o IBGE 2018⁸. Possui uma área de 6.897 quilômetros quadrados, seu território tem como limites com as cidades de Vale do Anari ao Norte, Theobroma ao Nordeste, Ouro Preto do Oeste e Vale do Paraíso ao Oeste, Teixerópolis e Urupá ao Sudoeste, Presidente Médice ao Sul e Ministro Andreazza ao Sudeste.

Trata-se de estudo descritivo, epidemiológico e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários, registrados no SINASC e disponibilizados na vigilância epidemiológica do município. A amostra deste estudo incluiu todos os nascidos vivos no Município de Ji-Paraná, no período de tempo de 2014 a 2018.

A seleção das variáveis escolhidas para a análise foi categorizada em dois grupos: 1) Variáveis das puérperas: idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, idade gestacional, tipo de parto, tipo de gravidez e número de consultas de pré-natal; 2) Variáveis do RN: sexo, peso ao nascer, presença e malformação congênita.

Os dados foram tabulados estatisticamente com o auxílio do Microsoft Excel® e analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em números absolutos e percentuais, sob a forma de figura e tabelas.

Este estudo não teve a necessidade de ser apreciado por um Comitê de Ética, pois os dados do SINASC são de domínio público, pertencentes ao banco de dados do DATASUS. No entanto, ressalta-se que foram tomados os cuidados éticos que preceituam a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

A partir da análises de 10.157 DNV correspondendo a todos os anos estudados 2014 a 2018 obtivemos um valor de nascidos vivos (sendo respectivamente 2.009, 2.094, 1.976, 2.036, 2.042 nascimentos), a partir da análise serão apresentados os dados referentes ao perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-Paraná-RO.

Com relação á variável estudada sobre a idade materna os dados apresentaram que nos anos de 2014 a 2016 teve-se uma média de 25 anos de idade, e nos anos de 2017 e 2018 a média foi de 26 anos. As idades extremas de 12 a 15 anos apresentaram variações, porém manteve-se similar nos 5 anos estudados. Obteve-se uma variação entre 36 anos (em 2014) e 34 anos (em 2018) nas idades que corresponde as parturientes, já as que tinham acima de 40 anos teve

uma variação de 27 parturientes em 2014 para 35 em 2018.

Já relativo ao nível de escolaridade materna foi possível observar que o número de analfabetas diminuiu de 17 puérperas em 2014 para 5 no ano de 2018. Com relação a quem estudou mais de 12 anos teve um aumento, pois em 2014 tínhamos 16,02% e em 2018 observa-se um aumento de 5%, ou seja, 21,4% das mulheres estudaram mais de 12 anos.

De acordo com a pesquisa o número de puérperas solteiras teve uma queda no ano de 2018 com 266 mulheres correspondendo a 13%, já que em 2017 o índice era de 346 mães solteiras correspondendo a 16,9%. Já com relação ao estado civil, casada em 2014 observa-se 881 mulheres correspondendo a 43,8% nos demais anos teve uma variação de menos 1% dessa forma teve-se em 2018, 42,7% das puérperas casadas. Com relação ao número de viúvas variou de 3 (em 2014 e 2017), para 4 (em 2016 e 2018) e teve um aumento em 2015 com 7 viúvas.

A raça/cor da mãe a mais prevalente foi a cor parda em todos os anos estudados alcançando a 70,1 % no ano de 2018 o seu menor índice foi no ano de 2015 com 63,7%, seguida da cor branca que teve um aumento em 2016 com 30% das parturientes que se declaravam brancas e sofreu uma queda no ano de 2018 com 21,5% das que declaravam brancas. A população indígena representava 2,38% das parturientes em 2014 e em 2018 representou 1,95% apenas.

Tabela 1. Características sociodemográficas maternas da gestação do parto e nascimento no período 2014-2018.

VARIÁVEIS	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCOLAR. MATERNA										
Nenhuma	17	0,8	9	0,4	12	0,6	2	0,09	5	0,4
1-3	24	1,1	23	1,09	50	2,5	9	0,4	20	0,9
4-7	254	12,6	231	11,0	370	18,7	258	12,6	307	15
8-11	1376	68,4	1354	64,6	1144	57,8	725	35,6	1258	61,6
12 ou +	322	16,0	413	19,7	394	19,9	275	13,5	438	21,4
Estado civil										
Solteira	305	15,1	346	16,5	315	15,9	346	16,9	266	13,0
Casada	881	43,8	870	41,5	840	42,5	858	42,1	872	42,7
Viúvas	21	1,04	7	0,33	4	0,20	3	0,14	4	0,19
Divorciada	763	37,9	21	1,0	33	1,67	24	1,17	23	1,12
Un. Estável*	3	0,14	810	38,6	763	38,6	768	37,7	841	41,1
Raça/ Cor da mãe										
Branca	551	27,4	568	27,1	594	30,0	521	25,5	441	21,5
Preta	95	4,72	114	5,44	56	2,8	63	3,09	64	3,13
Amarela	13	0,64	14	0,6	7	0,35	4	0,19	2	0,09
Parda	1282	63,8	1335	63,7	1267	64,1	1363	66,9	1432	70,1
Indígena	48	2,38	44	2,1	32	1,61	33	1,62	40	1,95

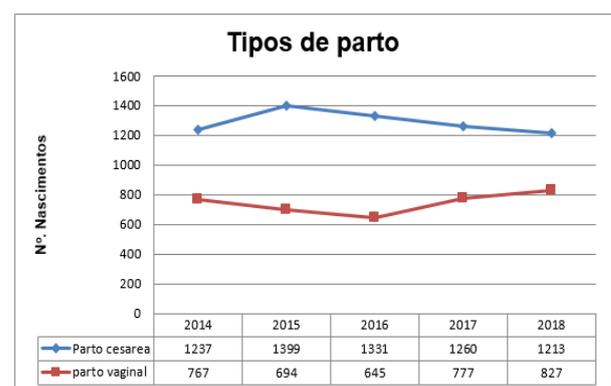


Figura 1. Tipos de parto.

Com relação ao tipo de parto podemos perceber através da figura 1 o aumento no número de cesárea em todos os anos estudados. Apresentando o seu menor índice no ano de 2018 com 59,4% correspondendo a 1213 o seu maior índice foi em 2016 com 67,35% sendo cesariana. De acordo com a pesquisa o ano de 2016 apresentou o menor número de parto normal, e em 2018 esses dados subiram para 40,4%, foi possível verificar que no ano que teve maior número de cesárea a de parto via vaginal teve uma queda.

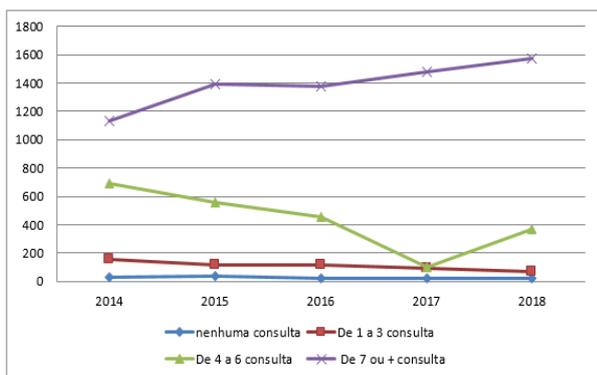


Figura 2. Número de consulta durante o pré-natal.

Relativo ao número de consultas de pré-natal realizadas, podemos observar na figura 2 um aumento no número de 7 ou + consultas, visto que no ano de 2014 tivemos a mais baixa procura pelos serviços apresentado 56,3% e a mais alta procura no ano de 2018 com 77% das mulheres que realizaram 7 ou + atendimento. O número de clientes que não realizou nenhum acompanhamento durante o pré-natal teve um declínio de 1,29% no ano de 2014 para 1,02 no ano de 2018. Em relação às mulheres que realizaram 4 a 6 consultas o maior percentual foi no ano de 2014 com 34,4% correspondendo a 692 mulheres e o menor percentual foi no ano de 2017 com 5% representando 102 mulheres.

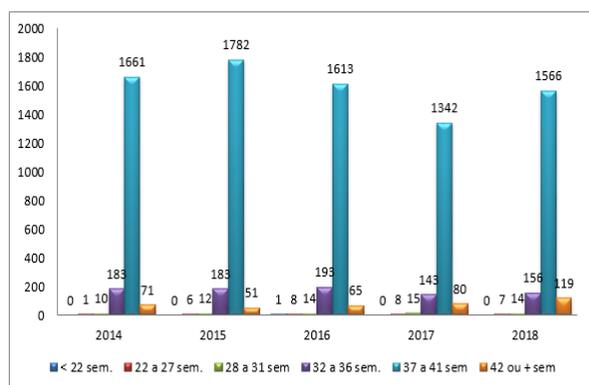


Figura 3. Idade gestacional.

De acordo com a pesquisa realizada a idade gestacional (IG) com maior predominância está entre 37 a 41 semanas em todos os anos estudados, em 2015 com 85,1% sendo que no ano de 2017 apresentou o menor índice com 65,9%. As que tinha a IG acima de 42 semanas foram 119 mulheres com o percentual de 5,82% em 2018 sendo que em 2015 eram 51 mulheres

com o menor percentual 2,43%. A IG de 32 a 36 semanas também teve variações apresentando o seu ápice em 2016 com 9,76% (193 mulheres) e o seu menor índice em 2017 com 7,02% (143). Os dados sofreram variações, pois o preenchimento incorreto das DNV fez com que algumas informações estivessem incompletas.

Com relação ao tipo de gestação se é única ou gemelar os números apontam que a gestação única foi prevalente em todos os anos estudados variando de 98,0% a 98,3%, e a gestação gemelar também se manteve similar nos anos estudando se mantendo entre 1,48% e 2,02%.

Observa-se também que nasceram mais RN Masculinos tendo maior prevalência em 2014 com 1096 (54,5%) e seu menor índice foi em 2017 (49,5%) onde o nascimento de meninas superou por 0,4%. Os RN do sexo Feminino tiveram seu maior índice em 2017 com (49,9%) e seu menor índice em 2014 com 45,4% dos nascimentos correspondendo a 914 meninas.

Com relação ao peso ao nascer aqueles que nasceram abaixo de 1000g variaram de 0,2% em 2014, 0,3% em 2013 e 2018, e 0,5% em 2015 e 2017. O peso com maior frequência foi de 3000g a 3500g com um pico no ano de 2014 com 43,2% dos nascimentos e a menor taxa foi no ano de 2017 com 41,9%. Acima dos 5000g o número variou de inexistente a 0,3% em 2017.

Tabela 2. Peso ao nascer, período 2014-2018.

Variável	2014		2015		2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Peso ao nascer										
< 1000	5	0,2	11	0,5	7	0,3	12	0,5	8	0,3
1000-1499	12	0,5	9	0,4	13	0,6	15	0,7	5	0,2
1500-1999	20	0,9	36	1,7	26	1,3	27	1,3	20	0,9
2000-2499	84	4,1	85	4,0	69	3,4	68	3,3	81	3,9
2500-2999	387	19,2	438	20,9	426	21,5	413	20,2	424	20,7
3000-3499	869	43,2	910	43,4	843	42,6	855	41,9	862	42,2
3500-3999	490	24,3	493	23,5	469	23,7	506	24,8	504	24,6
4000-4499	123	6,1	97	4,6	108	5,4	124	6,0	122	5,9
4500-4999	16	0,7	13	0,6	12	0,6	8	0,3	16	0,7
>5000	3	0,1	2	0,09	3	0,1	7	0,3	-	-

A existência da malformação congênita também foi abordada representando 1,28% em 2015 e sua menor taxa foi no ano de 2014 e 2018 ambos com 0,39%.

4. DISCUSSÃO

Com relação á idade materna foi possível observar que ao longo de toda a história havia uma grande pressão para que o casal conjugal tivesse filhos e o quanto mais rápido melhor, a mulher não tinha escolha lhe cabendo privativamente a responsabilidade de ter filhos e cuidar do lar⁹. Com o surgimento da pílula anticoncepcional nos anos de 1960 a mulher conseguiu separar a sexualidade da reprodução contribuindo para que tivesse mais autonomia nas suas escolhas, outro fator que reduziu ainda mais a quantidade de filhos foi à inserção no mercado de trabalho e a busca por realização de projetos individuais como prioridade, isso fez com que houvesse um aumento na idade para o início da prole¹⁰.

Além do aspecto financeiro também existem outros

fatores que influenciam como o afastamento das atividades de trabalho mesmo que seja momentaneamente, e a perda da autonomia e liberdade do casal, pois uma criança exige mais atenção e prioridade afetando de certa forma as ambições pessoais e profissionais¹⁰.

Porém ainda podemos observar a existência de extremos na idade materna sendo considerando uma gravidez precoce abaixo dos 15 anos e tardia acima de 35 anos, esses extremos aumentam o risco de complicações na gravidez e no parto, podendo em alguns casos levar a morte materna ou/e neonatal, há um risco aumentando de aborto, baixo peso ao nascer e de anormalidade cromossômica^{11,12}.

O presente estudo mostrou que o número de parturientes abaixo de 18 anos sofreu uma queda, porém ainda representa um problema social e de saúde pública, que é vista mais frequentemente em famílias com baixa renda, por causa de uma deficiência nos programas públicos e falta de acesso informação sobre educação sexual e meios contraceptivos¹³.

Segundo a OMS o período da adolescência é classificado de 10 a 19 anos, porém segundo o ECA (Estatuto da Criança e Adolescência) este período é de 12 aos 18 anos. A adolescência é o período em que o indivíduo sofre diversos processos sendo chamado por muitos de período da "aborescência" ocorrendo mudanças físicas, psíquicas, sociais, e no contato com os pais. Nesta fase da vida se tem a manifestação da sexualidade devido ao crescimento e desenvolvimento da capacidade reprodutiva, porém a capacidade e maturidade psicológica ainda não estão bem desenvolvidas, levando os mesmos a buscarem a prática sexual de forma desprotegida, e como consequência temos a gravidez precoce e mães despreparadas^{14,15}.

Com relação à escolaridade materna podemos observar que ouve um aumento nos níveis de anos estudados, o que favorece uma maior qualidade de vida para este grupo, pois quanto maior o nível de escolaridade maior será a renda e o poder aquisitivo influenciado dessa forma a nutrição, promoção e proteção do recém-nascido⁹.

Com relação ao estado civil observa-se que as mulheres casadas e em união estável correspondem a maioria dos casos, resultado também encontrado na pesquisa feita por Santos, *et al* (2017)¹⁵, a ausência de uma pai pode acarretar em uma menor estabilidade financeira e a diminuição do apoio psicológico, por isso o número de mães solteiras sofreu uma queda, segundo Bernadi (2018)¹⁰ os jovens contemporâneos estão refletindo muito sobre a responsabilidade que é ter um filho, sendo um investimento muito grande, levando os mesmos a procurar métodos conceptivos em busca de um momento ideal com melhores condições financeiras.

Para os dados de raça/cor maternas, constatou que a cor parda foi a que mais prevaleceu em todos os anos estudados, esse resultado deve ser interpretado a partir dos dados demográficos da população residente por

cor, que Segundo o IBGE (2010)⁸ a Região Norte apresenta, em sua maioria pardos (69,2%), seguida de brancos (23,9%), negros (6,2%) e índios e amarelos (0,7%)¹³.

Com relação ao tipo de parto a Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza que a taxa de cesáreas varie entre 10% a 15% não havendo motivos que justifiquem o procedimento acima do valor preconizado em todos os serviços de saúde sendo eles públicos ou privados^{17,18}.

Porém na análise dos dados podemos observar um grande número de cesáreas sendo 61,5% no ano de 2014 para 59,40% no ano de 2018 mais do que o dobro do preconizado pela OMS, o que reforça a tendência Mundial, que se tornou mais comum após a segunda guerra mundial devido avanço da tecnologia fazendo que o número de morbimortalidade materna tivesse uma queda devido as novas "técnicas de assepsia, anestesia, antibioticoterapia, hemoterapia e cirurgia em geral"¹⁸.

Uma das razões pela escolha da cesariana eletiva, além da conveniência em programar o nascimento do filho, é evitar a dor do parto. Por esse motivo muitas mulheres optam pelo parto cirúrgico, ignorando a possibilidade de receber cuidados para alívio da dor também no parto vaginal, como os métodos farmacológicos e não farmacológicos. No Brasil, existe ainda uma preocupação estética, associada ao mito de que a cesárea mantém intacta a anatomia e fisiologia da vagina e períneo¹⁷.

Outro fator cultural importante é a crença popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea, o que vai contra as evidências científicas. Assim, muitos desfechos indesejados são geralmente atribuídos à não realização ou à realização tardia da cesárea. A escolha da mulher pelo tipo de parto tem, portanto, diversas influências¹⁷.

A procura por este procedimento gera custos aos serviços de saúde e colocam em risco a vida da mãe e do seu filho, pois a mesma esta associada a eventos indesejáveis com o nascimento "de neonatos prematuros, de baixo peso, com transtornos respiratórios e neurológicos e ainda pela alta incidência de infecções maternas puerperais"¹⁷

As principais indicações de cesárea, como distócia ou falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal nas variedades de posição posteriores e transversas persistentes, apresentação pélvica, de face e córmica, cesárea anterior, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora, presença de mecônio e centralização fetal¹⁹.

Um dos indicadores também apontados é a quantidade de consulta de pré-natal, esta assistência diminui em muito a morbimortalidade materna e perinatal, pois através dos procedimentos rotineiro preventivos, curativos e de promoção a saúde que são feitos, é possível evitar problemas obstétricos e fazer com que o parto seja o mais seguro para a mãe e para o recém-nascido (RN)⁵.

O Ministério da Saúde (2014)²⁰ em consonância

com a Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que o número adequado de consultas para o pré-natal seria de 6 atendimentos intercalados entre médico e enfermeiro, sendo mensal até as 28 semanas, quinzenais de 28 a 36 semanas e semanal no termo. Porém existem discordâncias entre os autores pois, segundo Boas (2016)⁸ o número mínimo de consultas seria 8, pois estaria associada a melhores resultados tanto para a mãe quanto para o RN.

Uma pesquisa feita por Silva & Peloso⁷ no ano de 2009 no noroeste do estado do Paraná apresentou os seguintes resultados: 63,3% das parturientes realizaram 7 ou mais consultas, outra pesquisa feita entre os anos de 2005 a 2015 por Santos & Silva *et al.* (2017)¹⁵ apresentou resultados 45,8%, as proporções das consultas extremamente baixas. O que diverge do presente estudo onde observou que as parturientes seguiram a recomendação da OMS realizando 7 ou mais consultas em média 68,18% isto prova que a conscientização sobre a importância do pré-natal tem alcançado resultados positivos, e sendo efetivas para a população e que há adesão das parturientes as consultas de pré-natal e que há assistência prestada adequada.

A OMS classifica a idade gestacional do RN da seguinte forma: pré-termo abaixo de 37 semanas de idade gestacional ou com menos de 259 dias de gestação, a termo aqueles que nasceu entre 37 e 41 semanas e 6 dias de idade gestacional e pós-termo aquele que nasceu após as 42 semanas de idade gestacional. A prematuridade está associada a mortalidade neonatal e infantil e geram uma demanda adicional sobre os serviços de saúde devida a sua maior complexidade²¹.

Esta pesquisa juntamente com as pesquisas realizadas por Silva & Peloso (2009) Santos & Silva *et al.* (2017)^{7,15} mostraram resultados semelhantes com relação a IG, apontando o número de 37 a 41 semanas o número mais prevalente, que é a considerada mais adequada para a saúde do RN.

A gestação única é a que esteve mais prevalente em todos os anos estudados, dados estes também descritos em uma pesquisa realizada por Santos & Silva (2018)¹⁵ em que foram analisados os perfis das puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste brasileiro nos anos de 2005 a 2015 com uma média de 97,9%.

Nesta pesquisa também podemos observar que houve uma prevalência de neonatos do sexo masculino, valor este que também foi descrito em outras pesquisas como a de Santos & Silva (2018) e Oliveira M. M. Carniel F. (2013)^{15,22}, de acordo com o Ministério da Saúde no Brasil nascem mais crianças do sexo masculino cerca de 3% a mais do que o feminino.

Sobre o variável peso ao nascer é possível encontrar três classificações: Baixo Peso ao Nascer (BPN) abaixo de 2500g, peso ideal entre 2500g a 3500g, e RNs macrossômicos aqueles acima de 4000g^{8,23}.

O BPN segundo Leal, M.C (2018)⁵ está associado aos “níveis de educação materna, sendo maior entre as mães não alfabetizadas e a raça/cor das mães, com prevalência mais elevadas entre as mães negras”.

Porém a pesquisa nos mostrou que a prevalência de baixo peso ao nascer é maior em mães pardas (69,7%) seguido de mães brancas (22,07%) e mais baixa entre pretas (2,73%) e indígenas (2,34%). Com relação a alfabetização o baixo peso esteve mais presente em mães com 8 a 11 anos de estudo (56,83%) seguida de 12 ou mais anos (18,5%) as porcentagens mais baixas foram encontradas em mães com 4-7 anos (15,8%) seguida de 1-3 anos (2,92%) de estudo e analfabeta (0,19%).

Boas (2016)⁸ descreve que o BPN “aumenta a tendência do lactente apresentar a síndrome da morte súbita, função imunológica inadequada, deficiência do desenvolvimento cognitivo, alto risco de desenvolver diarreia aguda e pneumonia, o que eleva o risco de hospitalização nos primeiros dias de vida” também poderão apresentar déficit neuropsicológico e crescimento inadequado para a idade, diabetes e doenças cardiovasculares.

Com relação ao outro índice extremo os RNs GIG apresentam maiores chances de desenvolverem DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) na vida adulta e maior risco de hipoglicemias. Esta pesquisa mostrou uma média de 6,4% nos cinco anos estudados, valor semelhante a uma pesquisa feita por Eleutério *et al.* (2013)²⁴ em que 6,3% dos neonatos eram macrossômicos. Estes valores podem estar associados a sobrepeso e obesidade pré-gestacional, ou seja, um aumento excessivo de peso ponderal na gestação podendo levar a rompimento prematuro da placenta, aspiração do mecônio entre outras.

Com relação a malformação nos anos de 2015-2019 teve um número de 71 casos, ocorrendo com mais prevalência em mães pardas (63,3%) com 8 a 11 anos de estudo (52%) donas de casa (50,7%) e em RN do sexo masculino (46,4%). Silva & Peloso (2009)⁷ destaca que o impacto dos defeitos congênitos no Brasil vem aumentando progressivamente, tendo passado da quinta para a segunda causa de óbitos em menores de um ano entre 1980 e 2000, apontando para a necessidade de estratégias específicas na política de saúde.

A incidência de malformação congênita (MFC) ao nascer dado que consta na DN é subestimada, pois as mais graves levam a perdas fetais e enquanto outras são de difícil diagnóstico e podem não ser percebidas no momento do nascimento. Em 2010 foram registrados como portadores de MFC 0,8% dos NVs, sendo que as três MFCs mais frequentes foram as relacionadas ao aparelho osteomuscular (43,0%) do sistema nervoso (11,3%) e dos órgãos genitais (9,8%)²⁰.

5. CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados foi possível fazer um análise em relação às puérperas e seus recém-nascidos apontando indicadores que poderão nortear ações voltadas para o período gravídico e para o desenvolvimento infantil.

Diante destes dados concluiu-se que no tempo que decorreu entre 2014 e 2019, a característica do perfil

das mães e dos RN apresentou-se da seguinte forma: A maioria das mães teve-se uma média de 25 e 26 anos, casadas, de raça e cor parda e com 8 ou mais anos de estudo. A grande maioria dos partos ocorreu em ambiente hospitalar, havendo predominância no número de cesáreas, e no número de nascimento de RN do sexo masculino; o percentual de baixo peso ao nascer foi semelhante a dados apresentados em outros estudos realizados no Brasil; os nascidos vivos foram predominantemente a termo, a grande maioria foram gravidez do tipo única e o número de consulta de pré-natal aumentou melhorando dessa forma a qualidade da assistência prestada.

Apesar dos dados do SINASC terem mostrando grande valia é necessário que seja fortalecido, com profissionais qualificados para preenchimento dos dados na DNV, diminuindo dessa forma a quantidade de informações que foram ignoradas.

REFERÊNCIAS

- [1] Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG *et al.* Uso do linkage para a melhoria da completude do SIM e do SINASC nas capitais brasileiras. *Rev Saude Publica.* 2017; 51:112.
- [2] Frias PG, Szwarcwald CL, Neto OLM, *et al.* Utilização das informações vitais para a estimação de indicadores de mortalidade no Brasil: da busca ativa de eventos ao desenvolvimento de métodos. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(3):e00206015.
- [3] Girodo AM, Campos D, Bittencourt DAS, *et al.* Cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e potenciais fontes de informação em municípios de pequeno porte em Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife.* 2015.
- [4] Brasil. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário oficial da união.* 11 de fevereiro de 2009.
- [5] Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(6):1915-1928.
- [6] Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. *Atenção a saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.* Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2011.
- [7] Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do noroeste do Estado do Paraná. *Revista Escola de Enfermagem USP.* 2009; 43(1):95-102.
- [8] IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2010. (acesso em 10 setembro de 2019) disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=2&cat=-1,->
- [9] Boas IMCV. Incidência do baixo peso ao nascer em Santo Antônio De Jesus – Bahia: resultados preliminares de uma coorte prospectiva. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem. Santo Antônio de Jesus, Bahia 2016.
- [10] Bernardi D, Féres CT, Magalhães AS. Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade. *Contextos Clínicos. Unisinos* - doi: 10.4013/ctc.2018.112.02. 2018; 11(2):161-173.
- [11] Bezerra ACL, Mesquita JS, Brito MCC, *et al.* Desafios Enfrentados por Mulheres Primigestas em Idade Avançada. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2015; 19(2):163-168.
- [12] Miura PO, Santo KAM, Galdino EBT, *et al.* Gravidez na adolescência e significados. *GEP NEWS, Maceió.* 2018; 2(2):136-139.
- [13] Araújo KRS, Calácio IA, Ribeiro JF, *et al.* Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* ISSN: 1982-4785.
- [14] Santos CAC, Nogueira KT. Gravidez na adolescência: falta de informação? *Revista Adolescência e Saúde.* volume 6, nº 1, abril. 2009.
- [15] Santos GM, Silva AJA, Costa RF, *et al.* Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste brasileiro. *Revista UNINGÁ.* 2017; 31(1):12-18.
- [16] Santos CKB, Silva JC. Fatores que influenciam a gravidez na adolescência. Artigo apresentado no Curso de graduação, em Enfermagem do Centro Universitário São Lucas. Porto Velho-RO. 2018.
- [17] Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, *et al.* Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(5):733-740.
- [18] Leite ICR, Margoto RM, Borges TC, *et al.* A Análise da Taxa de Cesáreas no Distrito Federal e em um Hospital Público Regional nos últimos 15 anos. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília.* 2018; 7(1):24-37.
- [19] Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *FEMINA, Setembro* 2010; 3(10).
- [20] Ministério da Saúde. *Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde cuidados gerais.* Volume1 Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª. Edição. Brasília DF, 2014.
- [21] Henriques LB *et al.* Acurácia da determinação da idade gestacional no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública* 2019; 35(3) e 00098918.
- [22] Oliveira MM, Carniel F. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-Paraná (RO). *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente.* 2013; 4(2):18-38.
- [23] Tourinho AB, Reis LBSM. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. *Com. Ciências Saúde.* 2013; 22(4):19-30.
- [24] Eleutério BM, Araújo GLO, Silveira LP. Perfil nutricional materno e estado nutricional neonatal, na cidade de Pará de Minas – MG. *Rev Med Minas Gerais* 2013; 23(3):311-31.