

ANÁLISE DO PERFIL DAS PUÉRPERAS E DOS NASCIDOS VIVOS EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

PROFILE ANALYSIS OF PUERPERAL AND NEWBORNS IN A NORTHEAST BRAZILIAN STATE

GLEYSON MOURA DOS SANTOS^{1*}, AMANDA JOYCE ALVES SILVA², RAYANA FIALHO DA COSTA³, LUÍZA ALVES DA SILVA⁴, CAROLINA RODRIGUES DE OLIVEIRA SOUSA⁵, MARYANNA TALLYTA SILVA BARRETO⁶

1. Nutricionista, Mestrando em Ciências e Saúde (PPGCS/UFPI), Pós-graduando em Fitoterapia Aplicada à Nutrição (UCAM); 2. Acadêmica de Bacharelado em Fisioterapia da Universidade Federal do Piauí (UFPI); 3. Acadêmica de Bacharelado em Fisioterapia da Universidade Federal do Piauí (UFPI); 4. Licenciada em Ciências Biológicas, Pós-graduada em Biodiversidade e Conservação (UAB/UESPI), Acadêmica de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI); 5. Enfermeira; Mestranda em Saúde e Comunidade (PPGSC/UFPI), Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho (UNIPÓS); 6. Enfermeira, Mestranda em Ciências e Saúde (PPGCS/UFPI), Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho (IESM).

*Universidade Federal do Piauí, Pró-reitora de Ensino de Pós-graduação, Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Ininga, Bloco 06, Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64049-550. g_leyson_moura@hotmail.com

Recebido em 03/07/2017. Aceito para publicação em 18/07/2017

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil das parturientes e seus recém-nascidos no estado do Piauí, no intervalo temporal de 2005 a 2015. Trata-se de estudo descritivo, epidemiológico e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários, registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Grande parte das mães apontou idade entre 20 a 34 anos, casadas, de cor parda e com mais de oito anos de estudo; a maioria dos partos ocorreu em ambiente hospitalar; houve predominância de neonatos do sexo masculino; o percentual de baixo peso ao nascer foi baixo; os nascidos vivos foram, predominantemente, a termo; os partos vaginais superaram os operatórios; grande parte das gravidezes foi do tipo única; a assistência ao pré-natal demonstrou-se acessível, devido ao número significativo de mulheres que realizaram mais de sete consultas; pequena parcela dos nascidos vivos apresentaram malformação congênita, sendo o tipo que mais prevaleceu nos acometidos foi a malformação no sistema osteomuscular. Desta forma os dados do SINASC caracterizam-se como um importante instrumento para uma avaliação e servi como uma estratégia para o planejamento de ações efetivas no âmbito da saúde pública voltada a assistência materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes, nascidos vivos; sistemas de informação; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the profile of parturients and their newborns in the state of Piauí, between 2005 and 2015. This is a descriptive, epidemiological and retrospective, quantitative study using secondary data recorded in the Live Birth Information System (SINASC) and made available on the website of the Informatics Department of SUS (DATASUS). Most mothers were between 20 and 34 years

old, married, brown and had more than eight years of study. The majority of deliveries occurred in a hospital environment. There was a predominance of male neonates; the percentage of low birth weight was small. The newborns were predominantly full term. Vaginal deliveries surpassed operative. The majority of pregnancies were of the single fetus type; prenatal care was achievable due to the significant number of women who were able to attend to more than seven appointments. Small part of the newborns presented congenital malformation, being the most prevalent type in those affected the malformation in the osteomuscular system. In this way SINASC data are characterized as an important instrument for an evaluation and serve as a strategy for planning effective actions in the public health field focused on maternal and child care.

KEYWORDS: Pregnant women, live births; information systems; maternal and child health.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da gestação é um evento fisiológico que deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, evento no qual geralmente ocorrem mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. O desfecho esperado de uma gestação é a aquisição de um recém-nascido (RN) sadio sem trauma para a mãe. Contudo, em algumas circunstâncias isso não é possível devido a complicações durante o progresso da gravidez ou do parto, ou com o concepto. Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico-puerperal geram riscos à integridade da saúde, tanto da mãe quanto do concepto¹.

No Brasil, existem várias fontes de informações sobre o número de nascimentos, dentre estas, destaca-se o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com censos demográficos, as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) e o

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). A existência de sistemas de informações é fundamental para viabilizar orientações e ações que estão sendo e/ou deverão ser desenvolvidas nos serviços de saúde².

O SINASC foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, visando o registro sistemático em âmbito nacional de informações sobre os nascimentos vivos³. Trata-se de um sistema em que as informações são coletadas pelo município, captando os nascimentos ocorridos nos setores públicos e privados da saúde e nos domicílios. O formulário para a coleta de dados é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que deve ser preenchida por um profissional de saúde do serviço onde ocorreu o parto, logo após cada nascimento. Em caso de partos domiciliares, o preenchimento é feito nas secretarias de saúde ou cartórios de registro civil⁴.

O SINASC tem por objetivo não somente levantar o número real dos nascidos vivos, mas também, variáveis importantes para analisar as condições de nascimento como: peso ao nascer, duração da gestação, grau de instrução e idade da mãe, índice de Apgar no primeiro e quinto minuto, número de consultas durante o pré-natal e tipo de parto⁵.

Sendo assim, a descrição do perfil da puérpera e de seu RN constitui um recurso para o alcance de dados que possam contribuir no planejamento de ações para proporcionar melhorias na qualidade da atenção indicada a esse grupo. Diante das inúmeras variáveis que interferem no processo saúde-doença, o entendimento das características de uma população a ser estudada propicia um cuidado integral e eficaz em seu atendimento⁶.

Nesse contexto, o presente trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil das parturientes e seus recém-nascidos no estado do Piauí, no intervalo temporal de 2005 a 2015, a partir dos dados obtidos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi conduzida no estado do Piauí, localizado no Nordeste do Brasil, entre 2° 44' 49" e 10° 55' 05" de latitude sul e 40° 22' 12" e 45° 59' 42" de longitude oeste, apresentando um total de 224 municípios e, aproximadamente, 3.118.360 habitantes⁷.

Trata-se de estudo descritivo, epidemiológico e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários, registrados no SINASC e disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A amostra deste estudo incluiu todos os nascidos vivos no estado do Piauí, no período de tempo de 2005 a 2015.

A seleção das variáveis escolhidas para a análise foi categorizadas 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, Apgar no primeiro minuto, Apgar

no quinto minuto, presença e o tipo de malformação congênita.

Para tabulação e análise dos dados foram utilizados os programas Tabwin 3.6 e Microsoft Office Excel 2010. O software Tabwin 3.6 foi obtido no site do DATASUS. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva e os resultados apresentados em números absolutos e percentuais, sob a forma de gráfico e tabelas.

Este estudo não teve a necessidade de ser apreciado por um Comitê de Ética, pois os dados 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 Saúde⁸.

3. RESULTADOS

Com base nos dados obtidos nos SINASC, observou-se que no período temporal que compreendeu entre os anos de 2005 a 2015, o número de nascidos vivos no estado do Piauí, foi de 588.473, correspondendo a uma média anual de 53.522 nascimentos. Dos anos estudados, o ano de 2005 e 2013, foram os que apresentaram maior e menor número de nascimentos, correspondendo a 59.384 (10,1%) e 49.013 (8,3%), respectivamente (Figura 1).

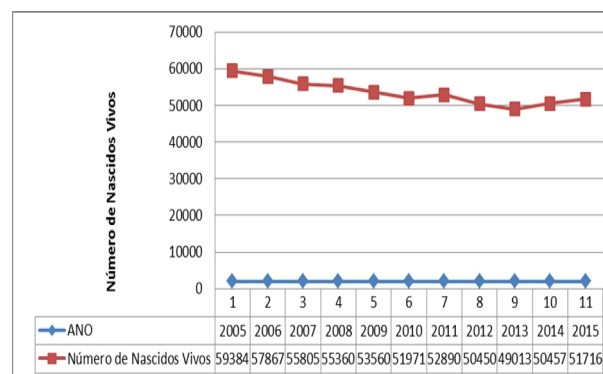


Figura 1. Número de nascidos vivos por ano no estado do Piauí no período de 2005 a 2015. **Fonte:** MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No tocante, ao local de ocorrência do nascimento dos nascidos vivos, a tabela 1 demonstra que, 95,1% dos nascimentos ocorreram em Hospital e apenas 1,2% ocorreram em domicílio.

Tabela 1. Local de ocorrência do nascimento dos nascidos vivos no estado do Piauí no período de 2005 a 2015.

Local do Nascimento	Número de Nascidos Vivos	%
Hospital	559.835	95,1
Outro estabelecimento de Saúde	21.288	3,6
Domicílio	6.822	1,2
Outro	512	0,09
Ignorado	16	0,01
Total	588.473	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A tabela 2 apresenta o perfil das características

maternas dos nascidos vivos. Em referência à idade, foi observada uma preponderância na faixa etária de 20 – 34 anos com 69%, seguida da faixa etária menor que 20 anos com 23,4%. No que concerne o estado civil, 41,1% eram casadas e 39,7% não tinham companheiros, enquadrando-se no grupo de solteiras. No resultado da raça/cor das mães, 78,7% eram pardas, 13,9% brancas e 7,4% enquadravam-se nas demais classificações. Quanto à escolaridade, foi verificado que 51,1% apresentaram oito anos ou mais de estudos, quanto que 47,2% não possuíam o primeiro grau completo, correspondendo o tempo de estudo menor que oito anos.

Tabela 2. Perfil das características maternas dos nascidos vivos no estado do Piauí no período de 2005 a 2015.

Variável	N	%
Idade		
< 20	138.062	23,4
20 – 34	406.237	69,0
≥ 35	44.090	7,5
Ignorado	84	0,1
Total	588.473	100
Estado Civil		
Solteira	233.568	39,7
Casada	241.799	41,1
Viúva	1.026	0,3
Separada Judicialmente	1.448	0,1
União consensual	96.617	16,4
Ignorado	14.015	2,4
Total	588.473	100
Raça/cor		
Branca	82.058	13,9
Preta	18.684	3,2
Amarela	2.710	0,5
Parda	463.151	78,7
Indígena	490	0,1
Ignorado	21.380	3,6
Total	588.473	100
Escolaridade		
< 8 anos	278.128	47,2
≥ 8 anos	300.606	51,1
Ignorado	9.739	1,7
Total	588.473	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Na tabela 3, estão descritas as variáveis do perfil obstétrico referente às puérperas dos nascidos vivos. Em relação à duração da gestação, observou-se que a maioria (87,1%) ocorreu entre 37 a 41 semanas, quanto que 7,6% das gestações não chegaram a termo. Verificou-se que 53,6% dos partos foram do tipo vaginal. O tipo de gravidez, em sua maioria, foi única, com proporção de 97,9%. Com relação ao número de consultas, percebeu-se que 45,8% das puérperas realizaram de sete ou mais consultas.

Tabela 3. Perfil obstétrico das puérperas dos nascidos vivos no estado do Piauí no período de 2005 a 2015.

Variável	N	%
Duração da gestação (semanas)		
< 37	44.469	7,6
37 – 41	512.937	87,1
≥ 42	18.016	3,1
Ignorado	13.051	2,2
Total	588.473	100

Tipo de parto		
Vaginal	315.529	53,6
Cesáreo	271.434	46,1
Ignorado	1.510	0,3
Total	588.473	100
Tipo de Gravidez		
Única	576.100	97,9
Dupla	10.298	1,7
Tripla ou mais	283	0,1
Ignorado	1.792	0,3
Total	588.473	100
Número de consultas de pré-natal		
Nenhuma	12.425	2,1
De 1 a 3 consultas	58.016	9,9
De 4 a 6 consultas	241.654	41,1
7 ou mais consultas	269.876	45,8
Ignorado	6.502	1,1
Total	588.473	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No que se refere o perfil das características perinatais dos nascidos vivos. Na tabela 4, pode-se observar que, 51,2% das crianças nascidas eram do sexo masculino. Quanto ao peso ao nascer, a maioria dos nascidos (92,2%) pesou 2500 gramas ou mais, enquanto que, o percentual de baixo peso (menor que 2500 gramas) representou 7,6%. No que se refere ao índice de Apgar, que contém indicadores para avaliação das condições de nascimentos do RN, verificou-se que a maioria apresentou boa vitalidade (Apgar de 8 a 10) no primeiro e quinto minuto, com 70,6% e 82,1%, respectivamente. Observou-se que 2.667 (0,5%) dos nascidos vivos apresentaram alguma malformação congênita.

Tabela 4. Perfil das características perinatais dos nascidos vivos no estado do Piauí no período de 2005 a 2015.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	301.509	51,2
Feminino	286.764	48,7
Ignorado	200	0,1
Total	588.473	100
Peso ao nascer (gramas)		
< 2500	44.887	7,6
≥ 2500	542.408	92,2
Ignorado	1.178	0,2
Total	588.473	100
Apgar no primeiro minuto		
0 a 2	4.400	0,7
3 a 5	21.001	3,6
6 a 7	64.282	10,9
8 a 10	415.385	70,6
Ignorado	83.405	14,2
Total	588.473	100
Apgar no quinto minuto		
0 a 2	2.716	0,5
3 a 5	4.528	0,8
6 a 7	10.012	1,7
8 a 10	483.265	82,1
Ignorado	87.952	14,9
Total	588.473	100
Malformação congênita		
Sim	2.667	0,5

Não	571.583	97,1
Ignorado	14.223	2,4
Total	588.473	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Na tabela 5, observam-se as frequências absoluta e relativa das malformações congênitas verificadas no período de estudo, categorizadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças: CID-10. A maioria (46% dos casos notificados) foi de má-formação osteomuscular, 15,1% do sistema nervoso e 10,2% do sistema genital.

Tabela 5. Tipos de anomalia nos nascidos vivos com malformação congênita, no estado do Piauí no período de 2005 a 2015.

Tipo de malformação	N	%
Cromossômicas	87	3,3
Sistema Nervoso	402	15,1
Olho, ouvido, face, pescoço	-	-
Sistema cardiovascular	47	1,8
Sistema respiratório	-	-
Fendas labiais e palatinas	134	5,0
Sistema digestório	188	7,0
Sistema urinário	-	-
Sistema Genital	271	10,2
Sistema osteomuscular	1226	46,0
Outros	307	11,5
Ignorados	05	0,1
Total	2.667	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, a taxa média de nascimentos encontrada, referente aos anos de 2005 a 2015, foi de 53.522 nascidos vivos por ano. Já em estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, sobre parto, idade e as características maternas, as autoras reportaram uma taxa de nascimento de 137.268⁹.

Observou-se que a maior parte dos nascimentos ocorreu em ambiente hospitalar, tal resultado foi semelhante a outros estudos observados na literatura¹⁰⁻¹².

Uma possível explicação para este achado, segundo Silva & Almeida (2012)¹³, é que o acesso aos serviços de saúde seja durante a gravidez ou no parto, é fundamental para uma assistência oportuna e adequada. Dessa forma, a efetiva utilização dos serviços de saúde decorre de uma complexa combinação de fatores, que inclui desde a necessidade, a percepção, as características sociodemográficas e os valores do indivíduo, até a organização e a forma de financiamento do sistema de saúde. Vargens, Progiante e Silveira (2008)¹⁴ explicam que, no Brasil, a maioria dos partos ocorre em hospitais e que apenas uma pequena parcela é assistida em outro tipo de serviço, como prontos-socorros, que atendem o parto em situações de urgência, ou unidades mistas de saúde e centros de parto normal, que recebem mães de baixo risco obstétrico.

Quanto às características maternas das mães dos nascidos vivos, verificou-se que a maior prevalência de

idade materna foi entre 20 a 34 anos, seguida por mulheres menores de 20 anos e depois por mulheres maiores que 35 anos. Mesmas verificações foram reportadas em outros estudos^{15,6}. Cabe salientar que o desenvolvimento da gestação está diretamente correlacionado com a idade, desta forma, quanto mais precoce for a gravidez, ou mais tardia, maiores são os riscos para possíveis complicações na gravidez, parto e período perinatal.

Para Linhares *et al.* (2009)¹⁶ no Brasil, assim como em muitos países, o índice crescente de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública, devido às repercussões biológicas, psicológicas e sociais que podem ser acarretadas nesta faixa etária. O fenômeno é verificado especialmente, mas não exclusivamente, na população de baixa renda, por causa das condições de vida desfavorável, do desconhecimento sobre o funcionamento do próprio corpo, da falta de suporte afetivo da família, da deficiência de programas adequados de educação sexual e de falta de acesso a métodos contraceptivos.

No que se refere à gestação em idades mais avançadas, Schupp (2006)¹⁷ evidencia que a proporção de partos nas mulheres acima de 40 anos varia de 2 a 5%. Caetano, Netto e Manduca (2011)¹⁸ também relatam que, atualmente, há uma tendência cada vez maior de gravidez a partir dos 35 anos de idade. Desta forma, justifica-se os resultados verificados no presente estudo.

Quanto ao estado civil, os dados obtidos sobre as mães casadas evidenciaram um percentual elevado quando comparadas às mães solteiras, resultado equivalente ao apresentado por Renner *et al.* (2015)¹⁹ onde os autores ao estudarem o perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014, e relataram estado civil de maior prevalência de mães casadas.

A análise da situação conjugal dessas mães no presente estudo caracteriza-se como um fator importante, uma vez que, a situação conjugal insegura é um aspecto relevante, pois, além da diminuição de apoio psicológico, a ausência do pai, geralmente, traz menor estabilidade econômica e pode constituir um fator de risco²⁰.

Para os dados de raça/cor maternas, esse estudo constatou que a cor parda foi a que mais prevaleceu. Esse resultado deve ser interpretado a partir dos dados demográficos da população residente por cor, que segundo o IBGE (2010)²¹ a região Nordeste apresenta, em sua maioria, uma população parda e preta, com 69,2%, seguida da cor branca, com 29,2%.

No que concerne à escolaridade, notou-se que o maior percentual do nível desta variável correspondeu às mulheres que estudaram mais de oito anos. Segundo Silva & Pelloso (2009)² a escolaridade materna pode ser considerada como um indicador de condição social, conseqüentemente, o maior grau de instrução facilita o

acesso a emprego e melhoria da posição socioeconômica da família.

No Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco elaborado pelo Ministério da Saúde, em um dos itens referente aos fatores de risco na gravidez, destaca-se a escolaridade baixa, ou seja, menor que cinco anos de estudo regular. Nesta pesquisa, observou-se que 47,2% das mulheres estudaram menos que oito anos, podendo indicar que uma parcela dessa amostra se enquadra em situação de risco²⁰.

Em relação ao perfil obstétrico, constatou-se que a duração da gestação, mais prevalente foi a termo, seguida da pré-termo (prematividade). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como parto pré-termo aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 258 dias após o primeiro dia da última menstruação²². Cloherty *et al.* (2012)²³ constataram que a prematuridade ocorreu em 9,4% dos nascimentos por eles estudados, resultado próximo do observado no presente estudo, que foi de 7,6%.

No que tange à via de parto, este estudo identificou, que a maior ocorrência destes foi por via vaginal, corroborando com o apresentado em outros estudos^{10,6,15}. No entanto, foi evidenciado que a maioria das mulheres (46,1%) realizou parto cesariano, em discordância com o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza, sendo ideal uma taxa de cesarianas menor que 15% em todos os países²⁴.

A gravidez única destacou-se como a principal ocorrência de tipo de gravidez, apresentando frequência semelhante ao observado no estudo de Correio, Correio e Correio (2016)²⁵, que ao investigar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC entre os anos de 2011 e 2013, apresentaram proporção de tipos de gravidez única na ordem de 98%.

A atenção ao pré-natal visa acolher e acompanhar a gestante durante todo o período gestacional, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde, um mínimo de seis consultas pré-natais, com o intuito de prevenir, diagnosticar e tratar intercorrências para que, no momento do parto, mãe e bebê encontrem-se saudáveis^{20,26}. O Ministério da Saúde enfatiza que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade sobre o que acontece com o seu organismo¹.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006) demonstraram que 98,7% das gestantes do país realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal ao longo do período gravídico. O início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 83,6% dos casos, com realização de pelo menos seis consultas em 80,9%²⁷. Neste estudo, a proporção de mulheres que realizaram de quatro a sete ou mais consultas foi de 86,9%, caracterizando a assistência ao pré-natal uma atividade acessível.

Quanto ao sexo dos nascidos vivos no respectivo estudo, observou maior proporção de sexo masculino (51,2%) em relação ao feminino. A predominância do sexo masculino em comparação ao feminino foi verificada também em diversos estudos sobre nascidos vivos^{2,12,25,28-29}. Segundo o Ministério da Saúde no Brasil nascem mais crianças do sexo masculino, cerca de 3% a mais que crianças do sexo feminino³⁰.

Sobre o peso ao nascer, os nascidos vivos de baixo peso (peso inferior a 2500g), representaram entre a população neonatal, um total de 7,6%. No estudo de Cravo & Oliveira (2012)¹⁰ e de Correio, Correio e Correio (2016)²⁵ ou autores observaram prevalência de baixo peso ao nascer superior ao presente estudo, sendo estes de 8,33% e 9,2% respectivamente.

É importante ressaltar que Guimarães e Velásquez-Meléndez (2002)³¹, observaram a prevalência de 7% para baixo peso nos recém-nascidos no município de Itaúna em Minas Gerais. E ao realizarem uma análise bivariada, demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre baixo peso ao nascer e prematuridade, mães jovens, mães idosas, escolaridade materna menor que primeiro grau completo e consultas pré-natais menores ou iguais a seis consultas.

Segundo Uchimura, Pelissari e Uchimura (2008)³² a condição de peso ao nascer é considerada como sendo um dos principais fatores a determinar a probabilidade de sobreviver ao período neonatal e mesmo a todo o restante do primeiro ano de vida.

Quanto ao índice de Apgar, este traduz as condições de vitalidade do recém-nascido; é uma medida de fácil obtenção sendo importante para identificação de bebês de risco³³. Os resultados do índice de Apgar neste estudo foram próximos a outros estudos^{2,6,15,25}.

No que se refere à presença de malformações congênitas, na população estudada, em quase sua totalidade (97,1% dos nascimentos), não foram constatados defeitos congênitos dos conceptos. Porém, nos que apresentaram defeitos congênitos, houve uma maior prevalência de malformação osteomuscular, segundo Cosme, Lima e Barbosa (2017)³⁴ a predominância de malformações osteomusculares pode estar relacionada à facilidade de diagnóstico, pois elas são visíveis ao exame físico no momento do nascimento. Quanto a proporção de 15,1% para malformação do sistema nervoso e 10,2% do sistema genital, estas se apresentaram semelhantes ao observado no estudo de Pachajoa *et al.* (2015)³⁵ no qual os autores ao estudarem a prevalência de malformação congênita diagnosticada no nascimento em dois hospitais de diferentes níveis de complexidade em Cali na Colômbia nos anos de 2012 e 2013, reportaram resultados de 13% e 12% respectivamente.

Diante das informações levantadas, ressalta-se que uma das limitações deste estudo permeia-se na presença de informações ignoradas, devido à possibilidade da ocorrência de falhas no seu preenchimento. No entanto, a utilização do SINASC

como instrumento para avaliação e planejamento de saúde materno-infantil se mostrou consideravelmente importante.

5. CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados no presente trabalho, conclui-se que, no estado do Piauí, no período de tempo que compreendeu os anos de 2005 a 2015, a caracterização do perfil das mães e dos nascidos vivos apresentou-se da seguinte forma: a maioria das mães apontou idade entre 20 a 34 anos, casadas, de raça/cor parda e com mais de oito anos de estudo; a maioria dos partos ocorreu em ambiente hospitalar; houve predominância de neonatos 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; os partos vaginais superam os operatórios, porém com uma pequena margem de superioridade; grande parte das gravidezes foi do tipo única; a assistência ao pré-natal demonstrou-se acessível, devido ao número significativo de mulheres que realizaram mais de sete consultas; pequena parcela dos nascidos vivos apresentaram malformação congênita, sendo o tipo que mais prevaleceu nos acometidos foi a malformação no sistema osteomuscular.

Apesar de ter demonstrado boa utilidade para caracterizar a população materno-infantil no estado do Piauí, o SINASC necessita de algumas ações para o seu fortalecimento, contribuindo assim para a melhoria de suas informações. Com isso, esse estudo reforça a necessidade de capacitação e maior atenção no preenchimento dos dados da DNV, com o intuito da obtenção de dados confiáveis e diminuição de informações ignoradas.

Contudo, é importante destacar que o acesso ao sistema de informação em saúde por meio de dados do perfil materno e dos nascidos vivos fornece instrumentos, direcionadores, que facilitam o desenvolvimento de diferentes ações no cotidiano dos profissionais de saúde.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. [acesso 18 jun. 2017] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
- [2] Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. *Ver Esc Enferm USP* 2009; 43(1): 95-102.
- [3] Paiva NS, Coeli CM, Moreno AB, Guimarães RM, Camargo Júnior KR. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(1): 1211-1220.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para os profissionais do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 18 jun. 2017] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/importancia_sim_sinasc.pdf
- [5] Maia MAC. Caracterização dos nascidos vivos hospitalares no primeiro ano de implantação do Subsistema de Informação sobre Nascidos Vivos, em município de Minas Gerais, Brasil, 1996. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31(6): 581-585.
- [6] Franciscatto LHG, Pasqua MD, Tolotti GK, Rossetto C, Argent C, Pinheiro JM. Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(5):1149-56.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação: Piauí. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. [acesso 19 jun. 2017] Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/mayo/03/002-PI-Relatorio-de-Situacao.pdf>
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*, junho de 2013.
- [9] Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos, KM. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. *Saúde (Santa Maria)*. 2013; 39(2): 99-108.
- [10] Cravo EO, Oliveira JVR. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. *Ideias & Inovação*. 2012; 1(1): 9-17.
- [11] Silva ZP, Almeida MF, Ortiz LP, Alencar GP, Aencar AP, Schoeps D, *et al.* Características dos nascidos vivos, das mães e mortalidade neonatal precoce na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(9):1981-89.
- [12] Mascarenhas, MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piri-piri, Piauí, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2006; 6(2): 175-181.
- [13] Silva ZP, Almeida MF. Partos Domiciliares Acidentais e Mortalidade Infantil. In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2012.
- [14] Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2): 339-46.
- [15] González EEH. Características maternas y perinatales del embarazo prolongado. [monografia] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2016.
- [16] Linhares JJ, Coelho SFM, Vieira EM, Costa EA, Portela LC, Pinto T. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Sobral, Ceará, Brasil. *Einstein*. 2009; 7(2):182-6.
- [17] Schupp TR. Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos. São Paulo: USP, 2006.
- [18] Caetano LC, Netto L, Manduca NL. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Min. Enferm*. 2011; 15(4): 579-587.
- [19] Renner FW, Garcia EL, Renner JDP, Costa BP, Figueira FP, Ebert JP, *et al.* Perfil epidemiológico das puérperas

- e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. *Boletim Científico de Pediatria*. 2015; 4 (2): 27-32.
- [20] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. [acesso 20 jun 2017] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- [21] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD, 2010. [acesso 20 jun. 2017] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=2&cat=-1,-2,3,4,-3,128&ind=4707>
- [22] Organização Mundial de Saúde - OMS. Necessidades de salud de los adolescentes. Informe de un Comité de Expertos de La OMS. Geneva: OMS, 1997. 55p.
- [23] Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR. *Manual of Neonatal Care*. 7. ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- [24] World Health Organization - WHO. Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, 2(84532): 436-67, 1985.
- [25] Correio RAS, Correio LF, Correio MAB. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016; 10(2): 1-16.
- [26] Barros FC, Matijasevich A, Requejo JH, Giugliani E, Maranhão AG, Monteiro CA, et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium development goals 4 and 5. *Am. Journal Public. Health*, 2010; 100(10):1877-89.
- [27] Brasil. Ministério da saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2009. [acesso 21 jun. 2017] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianc_a_mulher.pdf
- [28] Oliveira MM, Carniel F. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-Paraná (RO). *Rev Cie Fac Edu Mei Amb*. 2013; 4(2): 18-38.
- [29] Rodrigues KSF, Zagonel IPS. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. *Esc Anna Nery (impr.)*. 2010; 14(3): 534-542.
- [30] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. [acesso 21 jun. 2017] Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf
- [31] Guimarães EAA, Velasquez-Melendez, G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2002; 2(3): 283-290.
- [32] Uchimura TT, Pelissari DM, Uchimura NS. Baixo peso ao Nascer e Fatores Associadas. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2008; 29(1): 33-38.
- [33] Vidal SA, Arruda BKG, Vanderlei LC, Frias PG. Avaliação da série histórica dos nascidos vivos em unidade terciária de Pernambuco: 1991 a 2000. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2005; 51(1): 17-22.
- [34] Cosme HW, Lima LS, Barbosa LG. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. *Rev Paul Pediatr*. 2017; 35(1): 33-38.
- [35] Pachajoa H, Villota, VA, Cruz LM, Ariza Y. Prevalencia de defectos congénitos diagnosticados en el momento del nacimiento en dos hospitales de diferente nivel de complejidad, Cali, Colombia, 2012-2013. *Biomédica – Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2015; 1(5): 227-234.