

A "Declaração de Nascido Vivo" como orientadora de ações de saúde em nível local

The "Born Alive Report" as a health guide at local level

Emília de Faria Carniel ¹
 Maria Ângela Reis de Góes Monteiro Antonio ²
 Mirna Ruth M. Lima e Mota ³
 André Moreno Morcillo ⁴
 Maria de Lurdes Zanolli ⁵

^{1,2,4,5} Departamento de Pediatria. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz. Rua Alexander Fleming, 181. Caixa Postal 6.111. Campinas, SP, Brasil. CEP: 13.084-971

³ Centro de Saúde São Quirino, Campinas, SP, Brasil

Abstract

Objectives: to describe the profile of mothers and newborns in the vicinities of a Health Clinic based on the "Born Alive Report" (BAR).

Methods: cross-sectional descriptive study analyzing 400 BAR of a Health Clinic in the city of Campinas, in 1999. Mothers' profiles were described according to: age, education, job, marital status, number of children, frequency of medical visits during prenatal care, type of delivery; the newborns were described according to: birth weight and pregnancy age. The assessment of the association between variables was performed through the chi square test and crude odds ratios (OR) were calculated. For the variables of mothers' age and type of delivery a model of logistical regression was used to obtain adjusted OR values.

Results: mothers: 17,8% adolescents, 54,9% had not finished elementary school, 26% had no husband or companion, 40,2% no income, 44,3% with up to six medical visits during prenatal care. Children: 6,5% premature, 50,3% C-sections, 9% weighing up to 2.499 grams. Risks were inferred related to adolescents without husbands, without income and without information related to jobs. It was noted that women without income and low educational level were protected from C-sections.

Conclusions: "Born Alive Reports" furnished input on mothers and newborns and demonstrated to be an adequate tool to monitor local reality, enabling the planning of actions.

Key words *Newborns, Information systems, Pregnant women*

Resumo

Objetivos: descrever o perfil de mães e recém-nascidos da área de um Centro de Saúde (CS), partindo das "Declarações de Nascidos Vivos" (DNVs).

Métodos: estudo descritivo transversal que analisou 400 DNV de um CS de Campinas, em 1999. Identificou-se o perfil das mães por: idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, número de filhos, frequência ao pré-natal; tipo de parto; e dos recém-nascidos por: peso de nascimento e idade gestacional. Na avaliação da associação entre variáveis empregou-se o teste do qui-quadrado e calcularam-se os valores de odds ratio (OR) brutos. Para as variáveis idade da mãe e tipo de parto empregou-se o modelo de regressão logística a fim de obter valores de OR ajustados.

Resultados: mães: 17,8% adolescentes, 54,9% com primeiro grau incompleto, 26% sem companheiro, 40,2% sem renda, 44,3% com até seis consultas de pré-natal. Crianças: 6,5% prematuras, 50,3% de cesárea, 9% pesando até 2.499 gramas. Evidenciaram-se riscos para as adolescentes sem companheiro, sem renda e sem informação sobre a ocupação. Observou-se que mulheres sem renda e com baixa escolaridade foram protegidas dos partos cesáreos.

Conclusões: as DNVs possibilitaram conhecer mães e RN e se revelaram um instrumento adequado para monitoramento da realidade local, possibilitando planejamento de ações.

Palavras-chave *Recém-nascidos, Sistemas de Informações, Gestantes*

Introdução

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (MS) foi implantado no Brasil a partir de 1990, com o intuito de obterem-se informações fidedignas sobre gestação, nascimentos e características maternas, podendo-se assim, através da elaboração de diversos indicadores, planejar ações de saúde destinadas à população materno-infantil.¹ Desde então, a “Declaração de Nascidos Vivos” (DNV) tornou-se o instrumento obrigatório para a coleta de dados.²

Em Campinas, a implantação do SINASC ocorreu em 1991, sob a coordenação da Regional Estadual de Saúde (atual DIR XII), acatando as diretrizes do MS, podendo, com isso, viabilizar políticas e ações para mães e recém-nascidos (RN). A partir de 1997 a Secretaria Municipal de Saúde assumiu esta tarefa e passou a encaminhar as DNVs aos Centros de Saúde (CS) visando principalmente a vigilância dos RN de risco.

Em um CS do município de Campinas, optou-se por ampliar a vigilância para todos os RN e puérperas de sua área de abrangência, passando-se a realizar visitas domiciliares (VD) para este grupo, com o intuito de identificar as necessidades das crianças e mães através de possíveis queixas e dúvidas, observar a família, o ambiente e as condições de vida. Além disso, fazer orientações no domicílio e encaminhar ao CS para seguimento da mãe e da criança, conforme recomendação dos programas da criança e da mulher.^{3,4}

As VDs, supervisionadas por docentes (pediatra e enfermeira), são realizadas por alunos do quarto ano de graduação em medicina e residentes do primeiro ano dentro do estágio de pediatria social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).^{5,6}

Para a continuidade desta atividade e implementação de novas ações com RN e mães, houve necessidade de um conhecimento mais abrangente desta população.

O objetivo deste trabalho é descrever o perfil das mães e RN da área de abrangência deste CS.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo transversal, que analisou todas as DNVs enviadas pela Secretaria de Saúde ao CS São Quirino, localizado em Campinas, SP, Brasil, em 1999, cujas mães eram residentes na área de abrangência dessa unidade, totalizando 400 nascidos vivos.

Esse CS é um dos 46 da rede municipal, localizado na região leste de Campinas e responsável por uma população de cerca de 30.000 habitantes, que engloba desde os grupos de classe média alta, residentes em condomínios fechados, de luxo, até aqueles residentes em locais sem infra-estrutura urbana, sendo que nestas favelas residem um terço da população da área. Estima-se que aproximadamente 70% da população da região seja usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

As DNVs são preenchidas nos hospitais que realizam partos no município e pelo cartório onde a criança for registrada, caso o parto ocorra fora do serviço de saúde. Os profissionais são treinados conforme manual do MS e periodicamente são realizadas reuniões com as instituições para atualização de orientações no preenchimento dos formulários.

A Secretaria recolhe as DNVs, verifica o preenchimento dos dados e, estando correto este preenchimento, encaminha ao CS de referência da mãe e da criança. Caso falte anotação de algum campo, é solicitada à instituição completar o preenchimento.

O perfil das mães e dos recém-nascidos foi identificado através de características sócio-demográficas (faixa etária, escolaridade, ocupação, situação conjugal das mães), gestacionais (número de filhos e frequência ao pré-natal) e relacionadas ao parto e às condições do nascimento (peso do recém-nascido, tipo de parto e idade gestacional). Foram consideradas variáveis dependentes a idade da mãe (<20 anos e >20 anos), o peso de nascimento (<2.500, 2.500 |-3.000 e >3.000 gramas) e o tipo de parto (vaginal, cesárea).

Foram consideradas variáveis independentes: ocupação (com renda, sem informação sobre atividade remunerada da mãe e sem renda), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro e sem informação), escolaridade da mãe (até primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, >segundo grau), duração da gestação em semanas (28 a 36 e 37 a 41), número de consultas de pré-natal (<7 e ≥7) e número de filhos (1, 2 e ≥3). Na análise estatística os grupos de escolaridade - até primeiro grau incompleto e primeiro grau completo - foram reunidos devido à sua baixa frequência. Foram excluídos os casos em que havia falta de informação para alguma das variáveis.

Estudou-se a associação entre as variáveis dependentes e independentes utilizando-se o teste qui-quadrado e os valores de *odds ratio* bruto. Para análise das variáveis dicotômicas (tipo de parto e idade da mãe) empregou-se o modelo de regressão logística (método *backward stepwise*) usando-se o

software SPSS 10.0, com o objetivo de se obter valores de *odds ratio* ajustados.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Parecer 362/2002).

Resultados

Na Tabela 1, onde são apresentadas as características das mães em relação à idade, escolaridade, situação conjugal e ocupação observa-se que: 17,8% eram adolescentes (<20 anos), 54,9% não completaram o primeiro grau, 26% não tinham companheiro fixo, e 40,2% não exerciam atividade remunerada.

Tabela 1

Distribuição de freqüência das mães residentes na área de abrangência do Centro de Saúde São Quirino, em relação às características sócio-demográficas. Campinas SP, 1999.

Características sócio-demográficas	N	%
Idade da mãe		
<20 anos	70	17,8
≥20 anos	324	82,2
Total*	394	100,0
Escolaridade da mãe		
Primeiro grau incompleto	208	54,9
Primeiro grau completo	36	9,5
≥2º grau	135	35,6
Total**	379	100,0
Situação conjugal		
Com companheiro	160	40,0
Sem companheiro	104	26,0
Sem informação	136	34,0
Total	400	100,0
Ocupação		
Com renda	122	30,5
Sem renda	161	40,2
Sem informação	117	29,3
Total	400	100,0

* Excluídos seis por falta de informação; ** Excluídos 21 por falta de informação.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Centro de Saúde São Quirino: janeiro a dezembro, 1999. Campinas, SP.

Quanto às características dos partos e dos nascimentos (Tabela 2), verificou-se que 6,5% das crianças nasceram prematuras (<37 semanas), 50,3% de parto cesárea, 9% com peso inferior a 2.500 gramas e 24,3% com peso insuficiente (2.500 a 2.999

gramas). Ainda em relação às características gestacionais observou-se que 44,3% das mulheres fizeram menos do que sete consultas de pré-natal e 69,9% tinham até dois filhos.

Tabela 2

Distribuição de freqüência dos nascimentos ocorridos na área de abrangência do Centro de Saúde São Quirino em relação às características gestacionais, relacionadas ao parto e às condições de nascimento. Campinas, SP, 1999.

Características gestacionais e relacionadas ao parto e às condições de nascimento	N	%
Duração da gestação		
28 - 36	26	6,5
37 - 41	373	93,5
Total*	399	100,0
Número consultas no pré-natal		
<7	172	44,3
≥7	216	55,7
Total**	388	100,0
Tipo de parto		
Vaginal	199	49,7
Cesárea	201	50,3
Total	400	100,0
Peso de nascimento (gramas)		
<2.500	36	9,0
2.500 l- 2.999	97	24,3
≥3.000	267	66,7
Total	400	100,0
Número de filhos		
1	144	37,3
2	126	32,6
≥3	116	30,1
Total***	386	100,0

* Excluído um por falta de informação; ** Excluídos 12 por falta de informação; *** Excluídos 14 por falta de informação.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Centro de Saúde São Quirino: janeiro a dezembro, 1999. Campinas, SP.

Na Tabela 3 são apresentadas as distribuições de freqüências dos grupos de peso ao nascimento em relação à duração da gestação, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, situação conjugal, ocupação,

escolaridade e idade materna. Observa-se a associação entre peso de nascimento e duração da gestação ($p < 0,001$).

Tabela 3

Distribuição de freqüência dos nascidos vivos da área de abrangência do Centro de Saúde São Quirino em relação ao peso de nascimento e duração da gestação, número de consultas no pré-natal, tipo de parto, situação conjugal, ocupação, escolaridade e idade da mãe. Campinas, SP, 1999.

Categorias de análise	N	≥3.000g		2.500 - 2.999g		<2.500g		p
		n	%	n	%	n	%	
Duração								
37 - 41	373	264	70,8	90	24,1	19	5,1	p <0,001
28 - 36	26	3	11,5	7	26,9	16	61,6	
Número de consultas								
≥7	216	148	68,5	54	25,0	14	6,5	p = 0,275
<7	172	113	65,7	40	23,3	19	11,0	
Tipo de parto								
Vaginal	199	131	65,8	47	23,6	21	10,6	p = 0,555
Cesárea	201	136	67,6	50	24,9	15	7,5	
Situação conjugal								
Com companheiro	160	112	70,0	38	23,7	10	6,3	p = 0,066
Sem companheiro	104	73	70,2	25	24,0	6	5,8	
Sem informação	136	82	60,3	34	25,0	20	14,7	
Ocupação								
Com renda	122	83	68,0	31	25,4	8	6,6	p = 0,700
Sem renda	161	108	67,1	39	24,2	14	8,7	
Sem informação	117	76	65,0	27	23,0	14	12,0	
Escolaridade								
>Segundo grau	135	99	73,3	31	23,0	5	3,7	p = 0,051
Até primeiro grau completo	244	160	65,6	58	23,8	26	10,6	
Idade da mãe								
≥20	324	220	67,9	76	23,5	28	8,6	p = 0,435
<20	70	42	60,0	21	30,0	7	10,0	

p = significância (teste qui-quadrado)

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Centro de Saúde São Quirino: janeiro a dezembro, 1999. Campinas, SP.

Na avaliação da idade materna em relação à situação conjugal, escolaridade da mãe, número de consultas pré-natal, tipo de parto, duração da gestação, ocupação e peso de nascimento encontraram-se associações entre idade e: situação conjugal ($p = 0,004$), escolaridade materna ($p = 0,041$), tipo de parto ($p = 0,01$) e ocupação ($p < 0,001$) (Tabela 4). Foram selecionadas para regressão logística as variáveis

situação conjugal, ocupação e escolaridade materna, permanecendo no modelo a ocupação e a situação conjugal. Para a ocupação, o grupo sem renda teve $OR_{aj} = 4,98$ [IC95% 2,20 - 11,24] e o grupo sem informação da ocupação $OR_{aj} = 3,99$ [IC95% 1,11 - 14,36]). Para a situação conjugal, o grupo de adolescentes sem companheiro apresentou $OR_{aj} = 2,67$ [IC95% 1,35 - 5,27]).

Tabela 4

Distribuição de frequência e *odds ratio* da idade materna em relação às variáveis situação conjugal, escolaridade, número de consultas, tipo de parto, duração da gestação, ocupação e peso de nascimento. Centro de Saúde São Quirino, Campinas, SP, 1999.

Categorias de análise		N	<20 anos		≥20 anos		OR	IC95%	p
			n	%	n	%			
Situação conjugal	Sem companheiro	103	29	28,1	74	71,9	2,72	1,38 - 5,40	0,004
	Com companheiro	159	20	12,6	139	87,4	1,00	2,67* 1,35 - 5,27	
	Sem informação	132	21	15,9	111	84,1	1,31	0,65 - 2,68	
Escolaridade da mãe	Até primeiro grau completo	239	50	20,9	189	79,1	1,95	1,02 - 3,76	0,041
	≥Segundo grau	134	16	11,9	118	88,1	1,00		
Número de consultas pré-natal	<7	168	29	17,3	139	82,7	1,07	0,60 - 1,89	0,920
	≥7	214	35	16,4	179	83,6	1,00		
Tipo de parto	Vaginal	197	45	22,8	152	77,2	1,00		0,010
	Cesárea	197	25	12,7	172	87,3	0,49	0,28 - 0,87	
Duração da gestação	≥37 semanas	369	63	17,1	306	82,9	1,00		0,130**
	<37 semanas	25	7	28,0	18	72,0	1,89	0,68 - 5,05	
Ocupação	Com renda	122	8	6,6	114	93,4	1,00		<0,001
	Sem renda	158	44	27,8	114	72,2	5,50	2,36 - 13,28	
	Sem informação	114	18	15,8	96	84,2	4,98* 2,20 - 11,24	2,67 1,04 - 7,04	
Peso de nascimento	<2.500g	35	7	20,0	28	80,0	1,31	0,49 - 3,41	0,430
	2.500 l- 3.000g	97	21	21,6	76	78,4	1,45	0,77 - 2,70	
	≥3.000g	262	42	16,0	220	84,0	1,00	3,99* 1,11 - 14,36	

OR = *Odds ratio*; IC95% = Intervalo de confiança de 95% do *odds ratio*; p = significância (teste qui-quadrado), * *Odds ratio* ajustado; ** Teste exato de Fisher.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Centro de Saúde São Quirino: janeiro a dezembro, 1999. Campinas, SP.

Considerando-se o tipo de parto, foram selecionadas para regressão logística as variáveis, situação conjugal ($p = 0,17$), escolaridade da mãe ($p = 0,002$), ocupação ($p < 0,0004$) e idade da mãe ($p = 0,012$), permanecendo no modelo somente a ocu-

pação e a escolaridade, onde se destacaram os grupos sem renda: $OR_{aj} = 0,41$ [IC95% 0,24 - 0,69] e até primeiro grau completo: $OR_{aj} = 0,57$ [IC95% 0,36 - 0,90]. Os valores dos *odds ratio* brutos são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Distribuição de frequência e valores de *odds ratio* brutos do tipo de parto em relação à situação conjugal, escolaridade, ocupação e idade da mãe. Centro de Saúde São Quirino, Campinas, SP, 1999.

Categorias de análise	N	Cesárea		Vaginal		OR	IC95%	p
		n	%	n	%			
Situação conjugal								
Sem companheiro	104	45	43,3	59	56,7	0,62	0,37 - 1,06	0,170
Falta de informação	136	68	50,0	68	50,0	0,82	0,50 - 1,33	
Com companheiro	160	88	55,0	72	45,0	1,00		
Escolaridade da mãe								
Até primeiro grau completo	244	109	44,7	135	55,3	0,51	0,32 - 0,79	0,002
>Segundo grau	135	83	61,5	52	38,5	1,00	0,36 - 0,90	
Ocupação								
Sem renda	161	65	40,4	96	59,6	0,38	0,23 - 0,64	<0,001
Falta de informação	117	58	49,6	59	50,4	0,41*	0,24 - 0,69	
Com renda	122	78	63,9	44	36,1	1,00	0,32 - 0,96	
Idade da mãe (anos)								
<20	70	25	35,7	45	64,3	0,49	0,28 - 0,87	0,012
≥20	324	172	53,1	152	46,9	1,00		

OR = *Odds ratio*; IC95% = Intervalo de confiança de 95% do *odds ratio*; p = significância (teste qui-quadrado); * *Odds ratio* ajustado;

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Centro de Saúde São Quirino: janeiro a dezembro, 1999. Campinas, SP.

Discussão

O SINASC tem entre seus objetivos que "... a primeira e mais imediata utilização dos dados produzidos deveria se fazer a nível local, visando não só o conhecimento dos dados, como a já citada vigilância dos recém-nascidos de alto risco" (Melo Jorge *et al.*, 1992: 22).¹

As DNVs enviadas ao CS estudado em 1999 foram preenchidas em mais de 95% dos dados solicitados, com exceção das variáveis, grupos de ocupação e situação conjugal, que foram incorporadas às declarações posteriormente. Com isso, pôde-se verificar que a partir delas há a possibilidade de conhecer o perfil das mães e RN da área de abrangência desse CS e propor ações de saúde para esse grupo. A falta de informação da ocupação da mãe foi maior para as mulheres menores de 20 anos, sendo importante que seja verificado no local porque nesse grupo, tais dados não têm sido informados.

Sendo possível, essas informações devem ser resgatadas e a Secretaria de Saúde deve ser comunicada para que as falhas na coleta das informações sejam corrigidas junto aos hospitais.

De acordo com as DNVs todos os partos da região foram realizadas em ambiente hospitalar sendo aproximadamente 65% foram realizados pelo SUS.

As mulheres do local, em sua maioria, tinham até dois filhos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo 2000, a taxa de fecundidade no Brasil e no Sudeste foi de 2,35 e 2,1 filhos respectivamente.⁷ Isto indica que a região apresenta dados compatíveis com o país, que apresenta queda dessa taxa em quase todas as faixas etárias.

Com relação ao tipo de parto, foi verificado que 50,3% das mulheres foram submetidas a partos operatórios, proporção semelhante à cidade, região e estado de São Paulo (51,9%, 49,8% e 47,5%, respectivamente),⁸ mas acima do índice brasileiro (38,1%).⁹

Tais índices ultrapassando muito o limite considerado adequado pela Organização Mundial de Saúde (15%) e estudos mostram que as indicações de partos cesáreos, na maioria das vezes, não levam em conta critérios técnicos estabelecidos pelos órgãos representativos da ginecologia e obstetrícia, mas sim, uma preferência do cliente e do obstetra e a conveniência da cirurgia para se proceder a uma laqueadura tubária.¹⁰ Isso, aumenta o risco de morbimortalidade materna e do RN, além de acarretar aumento de custos.¹¹ Neste estudo evidenciaram-se dois grupos protegidos quanto ao parto operatório: as mulheres sem renda as que completaram o primeiro grau. Pode-se supor que isto seja decorrente da realização desses partos em hospitais públicos, onde acontece um número maior de partos naturais. No entanto, serão necessários estudos posteriores para que sejam melhor compreendidas as razões para a ocorrência desse fato.

Os resultados referentes à duração da gestação mostraram que a 6,5% das crianças nascem com menos de 37 semanas, sendo os dados de prematuridade iguais aos verificados na cidade do Rio de Janeiro, RJ, em 1996,¹² menores que os do Brasil em 1998 (7,8%),¹⁰ mas acima dos de Campinas em 1999 (5,4%)¹³ e de Blumenau, SC, em 1997 (4,9%).¹⁴ Embora não haja muita diferença de outras localidades brasileiras, é importante ressaltar que a prematuridade pode contribuir para a mortalidade perinatal e que as situações que desencadeiam este problema podem ser reconhecidas durante a gestação, o que reforça a importância do investimento do serviço de saúde para garantir o acesso ao pré-natal, estimular sua procura pelas gestantes e assegurar sua qualidade.

Quanto ao peso de nascimento, este estudo mostrou uma porcentagem de baixo peso ao nascer de 9,0%, dados estes semelhantes aos do município (8,3%) e estado (8,5%).¹⁵ Assim como a prematuridade, o peso de nascimento exerce influência sobre as chances de sobrevivência na infância, bem como a possibilidade da criança ter um crescimento e desenvolvimento saudáveis.¹⁶ A proporção de baixo peso do local estudado, embora semelhante aos da região, está bastante acima de países desenvolvidos que giram em torno de 4 a 5%¹⁷ sendo meio mais eficaz para reduzir tal índice a adequada atenção durante a gestação.

Quanto à frequência ao pré-natal verificou-se que 44,3% das mulheres não cumpriram o calendário proposto pelos órgãos oficiais, proporção semelhante à do município (39,4%) e pouco abaixo de outras regiões do estado de São Paulo (51,2%).¹⁸ De acordo com o Programa de Assistência Integral à Saúde

da Mulher, para que a gravidez transcorra com segurança são necessários cuidados com a gestante e a atenção básica deve incluir a prevenção, a promoção à saúde e o tratamento de problemas que ocorrem durante o período gestacional e após o parto. Para isso, a mulher deve iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez, fazendo consultas médicas ou de enfermagem mensalmente até 28 semanas, quinzenalmente até 36 semanas e semanalmente até o final da gestação.¹⁹ Ou seja, para um adequado acompanhamento pré-natal a mulher deve fazer mais do que seis consultas durante a gestação. No entanto, seja por desinformação das mulheres ou por falha da equipe de saúde, nesse CS essa meta não foi cumprida em 1999. Embora neste estudo não tenha sido encontrada associação entre baixo peso de nascimento, prematuridade e frequência ao pré-natal, acredita-se que o acesso ao serviço de saúde deva ser facilitado para que se possa detectar problemas que podem ser resolvidos durante a gravidez.

Com relação às variáveis sócio-demográficas, verificou-se que 26,0% das mulheres não têm companheiros fixos e que somente 30,5% delas exercem atividade remunerada. No Brasil as mulheres têm contribuído cada vez mais para a formação do orçamento familiar, quando não assumem a própria economia da família,¹⁰ mas esta situação de pequena inserção no mercado de trabalho e da impossibilidade de dividir o sustento familiar com um companheiro pode comprometer a qualidade de vida da mãe, da criança e dos outros familiares.

Quanto à escolaridade, verificou-se que mais da metade das mulheres (54,9%) não concluíram o ensino fundamental, taxa semelhante à do Brasil (59,9%), segundo dados do Censo 2000.⁷ Essa constatação é preocupante, pois a baixa escolaridade materna tem sido relacionada à morbimortalidade infantil. Estudos têm mostrado relação entre desvantagens nutricionais, e dificuldade de seguir o calendário vacinal, por exemplo, para os filhos de mães com pouca instrução.²⁰⁻²⁴

As variáveis estudadas para todas as mulheres da região mostraram uma situação inquietante, mas quando são referentes às menores de 20 anos, o quadro se torna mais grave. No Brasil a taxa de fecundidade entre as adolescentes vem aumentando, contrariando a tendência observada nas demais idades.²⁵ A preocupação com este grupo deve ser grande, pois a adolescência é caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social e a maternidade precoce poderá acarretar alterações psicossociais negativas para a jovem e sua prole.

A porcentagem de mães adolescentes foi de

17,8%, semelhante a de Campinas (18,8%) e abaixo da região (20,1%), estado (19,8%) e país (23,4%).²⁶

Essas adolescentes têm menos companheiros fixos do que as adultas, somente 15,4% delas estão inseridas no mercado de trabalho, 21,4% têm mais de um filho e 75,6% têm primeiro grau completo. Os dados da regressão logística indicam que existe um maior risco de ser mãe antes de 20 anos para as mulheres sem companheiro, sem renda e para aquelas onde não há informação sobre a ocupação. Tais achados evidenciam uma situação de risco que pode comprometer a saúde da adolescente e de seus dependentes.

Essa preocupação é reforçada em estudo realizado no Rio de Janeiro, no qual verificou-se que a experiência da gravidez na adolescência agrava as condições desfavoráveis de vida, levando a um aumento no número de gravidezes, maior número de abortamentos, consumo de cigarros e drogas ilícitas na gestação.²⁷ Além disso, segundo a Academia Americana de Pediatria, os filhos de mães adolescentes têm maior risco de se tornarem pais na adolescência, apresentarem atraso de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e tóxico-dependência.²⁸

Conclusões

Através deste estudo, pôde-se verificar que as DNV do SINASC são fontes de dados bastante ricas, que permitem conhecer o perfil das mulheres que têm filhos na área de abrangência de um CS, permitindo à equipe o monitoramento da realidade local e o planejamento de intervenções de acordo com as necessidades da população adscrita. Para isso deve-se incentivar e supervisionar o preenchimento correto de todos os itens da declaração

A Unidade de Saúde deve investir na melhoria do pré-natal, garantindo acesso das mulheres ao seguimento adequado. Assim, além de assistir à mulher durante a gestação e o puerpério, diminuindo os riscos para as mães e os bebês, também investe na continuidade do acompanhamento no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, principalmente para planejamento familiar e prevenção de câncer de colo e útero.

Quanto às mães adolescentes, sugere-se uma vigilância especial no seguimento de saúde, através de atendimentos na unidade, de parcerias com escolas, entidades não-governamentais e grupos da comunidade, de tal forma que, através de educação em saúde, apoio às necessidades próprias da idade e profissionalização, seja possível contribuir para um futuro melhor desse grupo, podendo ser a gravidez uma decisão posterior e consciente.

Referências

- Mello-Jorge MHP, Gotlieb SL, Soboll ML, Baldijão MFA, Latorre MR. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Sinasc. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1992.
- Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente: Projeto Minha Gente. Brasília (DF): O Ministério; 1991.
- Campinas. Secretaria Saúde. Diretrizes básicas saúde da mulher: Projeto Mulher Viva: educando para uma vida saudável. Campinas: Coordenação do Programa de Saúde da Mulher; 1999.
- Campinas. Secretaria de Saúde. Manual da criança. Campinas: A Secretária; 1996.
- Antonio MAGM, Franco SC, Zanolli ML, Carniel EF. Vigilância à saúde para alunos de 4º ano de Medicina. Rev Bras Educ Med 1999; 23: 90-4.
- Franco SC, Carniel EF, Antônio MAGM, Zanolli ML. Relato de uma experiência de ensino em vigilância à saúde para residentes de pediatria. Rev Bras Educ Med 1999; 23: 46-52.
- Góis A. Censo 2000. Folha São Paulo 2002 maio 5; Sect A, Cad Especial: 5.
- Campinas. Secretaria de Saúde. Número de nascidos vivos por ano e tipo de parto: mães residentes em Campinas 1994 a 2001. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/nasc_vivos_ano_tipo_parto_94_01.htm. [2002 fev 5].
- Ministério da Saúde. Nascidos vivos: São Paulo, 2002. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe/sinasc/cnv/nvsp.def>; http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/nasc_vivos_ano_tipo_parto_94_01.htm. [2002 fev 5].
- Correia LL, McAuliffe J. Saúde materno-infantil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 375-401.
- Pires HMB, Cecatti JG, Faúndes JG. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com cesárea anterior. Rev Saúde Pública 1999; 33: 342-8.
- Silva RI, Filha MMT, Noronha CP. Sistema de informações de nascidos vivos na cidade do Rio de Janeiro 1993/1996. Inf Epidemiol SUS 1997; 6: 33-48.
- Campinas. Secretaria de Saúde. Número de nascidos vivos por ano e duração da gestação: mães residentes em Campinas 1994 a 2001. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/nasc_vivos_ano_duracao_gestao_mães_residentes_em_campinas_1994_a_2001.htm.

- vivos_ano_duracao_da_gestacao_94_01.htm. [2002 fev 5].
14. Santa Helena, ET, Wisbeck J. Implantação do Sinasc e perfil dos nascidos vivos de Blumenau, 1994-1997. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7: 35-42.
 15. Campinas. Secretaria de Saúde. Número de nascidos vivos por ano e peso ao nascer : mães residentes em Campinas 1994 a 2001. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/nasc_vivos_ano_peso_ao_nascer_94_01.htm. [2002 fev 5].
 16. Bicalho-Moriotoni GG, Barros Filho AA. Nascer em Campinas: análise de dados do SINASC. *Rev Paul Pediatr* 1997; 15: 24-30.
 17. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Relatório da situação da infância: 1998. Brasília (DF): O Fundo; 1998.
 18. Campinas. Secretaria de Saúde. Número de nascidos vivos por ano por número de consultas de pré-natal: mães residentes em Campinas 1994 a 2001. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/nasc_vivos_pre-natal94_01.htm. [2001 fev 5].
 19. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília (DF): O Ministério; 2000.
 20. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e obesidade na infância na cidade de São Paulo: 1974-1996. *Rev Saúde Pública* 2000; 34 Supl 6: 52-61.
 21. BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Brasília (DF): A Sociedade; 1997.
 22. Ribas DLB, Philippi ST, Tanaka A, Zorzatto JR. Saúde e estado nutricional de uma população do Centro-Oeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1999; 33: 358-65.
 23. Antonio MARG, Morcillo AM, Piedrabuena E, Carniel EF. Análise do perfil de crescimento de 566 crianças com idade entre 3 meses e 3 anos matriculados nas 14 creches municipais de Paulínia. *J Pediatr* [Rio de Janeiro] 1996; 72: 245-50.
 24. Silva AAM, Gomes UA, Tonial, SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana no Nordeste brasileiro: 1994. *Rev Saúde Pública* 1999; 33: 147-56.
 25. Ministério da Saúde. Assistência à saúde da mulher do ciclo gravídico-puerperal: SUS 1994-1997. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/assist.htm#pnatal>. [2002 fev 5].
 26. Campinas. Secretaria de Saúde. Número de nascidos vivos por ano e idade materna: mães residentes em Campinas 1994 a 2001. Disponível em URL: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/nasc_vivos/nasc_vivos_idade_materna_94_01.htm. [2002 fev 5].
 27. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados peri-natais em puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 153-61.
 28. Academia Americana de Pediatria. Gravidez na adolescência: tendências e questões atuais. *Pediatrics* [ed. bras] 1999; 3: 439-44.

Recebido em 28 de janeiro de 2002

Versão final reapresentada em 28 abril de 2003

Aprovado em 10 de maio de 2003