

Caracterização dos nascidos vivos no estado do Piauí: importância para o planejamento de ações em saúde

Characterization of live births in the state of Piauí: importance for health action planning

Caracterización de los nacidos vivos en el estado de Piauí: importancia para la planificación de acciones de salud

Jessica Cristina Moraes de Araujo¹, Gabrieli Silva Xavier¹, Cintya do Nascimento Pereira¹, Leonardo Miranda Ribeiro², Jordan Augusto Mota Aragão³, Rômulo de Sousa Noronha⁴, Thatiana Araujo Maranhão¹.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos do estado do Piauí, no período de 2007 a 2017 e evidenciar sua importância para o planejamento em saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com enfoque na análise dos dados sobre nascidos vivos no Piauí, notificados por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV) no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Resultados:** Foram registrados 543.420 nascidos vivos, sendo a maioria do sexo masculino (51,7%), raça parda (82,4%), com duração da gestação ≥ 37 semanas (91,3%), nascidos em ambiente hospitalar (95,5%), de parto vaginal (51,4%), com peso ao nascer de 3000 a 3999g (65,7%) e sem anomalias congênitas (95,5%). Parcela expressiva das mães tinham de 20 a 34 anos (69,3%), 8 a 11 anos de estudo (45,0%), eram casadas (37,7%) e realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (50,5%). **Conclusão:** A análise desse indicador é um excelente instrumento para conhecer a situação de saúde, subsidiando o planejamento e direcionamento das ações de saúde materno-infantil, visando à qualidade da assistência e a melhoria dos indicadores de saúde do estado. Reitera-se ainda a necessidade de sensibilização dos profissionais quanto à importância do correto preenchimento dos dados contidos na DNV.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil, Indicadores básicos de saúde, Perfil epidemiológico, Acesso à informação de saúde, Apoio ao planejamento em saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize the epidemiological profile of live births in the state of Piauí, from 2007 to 2017 and to highlight the importance for health planning. **Methods:** This is a cross-sectional study, with analysis of data on live births, notified through the Declaration of Live Births (DNV) in the Live Birth Information System (SINASC) in the municipalities of Piauí. **Results:** 543,420 live births were recorded, 51.7% male, 82.4% brown, with gestation duration ≥ 37 weeks (91.3%), hospital born (95.5%), childbirth vaginal (51.4%), with birth weight from 3000 to 3999g (65.7%), without congenital anomalies (95.5%). Most mothers were between 20 and 34 years old (69.3%), with 8-11 years of schooling (45.0%), married (37.7%) and had seven or more prenatal consultations (50, 5%). **Conclusion:** The analysis of this indicator is an excellent tool to know the health situation, supporting the planning and direction of maternal and child health actions, aiming at the quality of care and the improvement of health indicators of the state. It also reiterates the need for sensitization of professionals as to the importance of correctly completing the data contained in DNV

Key words: Maternal and child health, Basic health indicators, Epidemiologic profile, Access to health information, Health planning support.

¹ Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Parnaíba – PI.

² Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina – PI.

³ Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – CE.

⁴ Universidade Central do Paraguai (UCP), Ciudad del Este – PY.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico de los nacidos vivos en el estado de Piauí, de 2007 a 2017 y destacar la importancia para la planificación de la salud. **Métodos:** Este es un estudio transversal, con análisis de datos sobre nacimientos vivos, notificado a través de la Declaración de Nacimientos Vivos (DNV) en el Sistema de Información de Nacimientos Vivos (SINASC) en los municipios de Piauí. **Resultados:** Se registraron 543,420 nacimientos vivos, 51.7% hombres, 82.4% marrones, con duración de gestación ≥ 37 semanas (91.3%), nacidos en el hospital (95.5%), parto vaginal (51.4%), con un peso al nacer de 3000 a 3999 g (65.7%), sin anomalías congénitas (95.5%). La mayoría de las madres tenían entre 20 y 34 años (69.3%), con 8-11 años de escolaridad (45.0%), casadas (37.7%) y tenían siete o más consultas prenatales (50,5%). **Conclusión:** El análisis de este indicador es una excelente herramienta para comprender la situación de salud, apoyando la planificación y dirección de las acciones de salud materna e infantil, con el objetivo de la calidad de la atención y los mejores indicadores de salud. También se reitera la necesidad de sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de completar correctamente los datos contenidos en DNV.

Palabras clave: Salud materno-infantil, Indicadores básicos de salud, Perfil epidemiológico, Acceso a información de salud, Apoyo a la planificación en salud.

INTRODUÇÃO

Indicadores de saúde são medidas-síntese que apresentam informações relevantes a respeito de determinados atributos e dimensões do estado de saúde de uma população, bem como do desempenho do sistema de saúde, são utilizados para analisar a situação de saúde, acompanhar políticas e ações, além do uso administrativo, com a geração de relatórios, dentre outras utilizações (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA), 2008). Um indicador é um sinal que mostra como algo é ou como uma determinada situação está mudando (OXFORD LEARNER'S DICTIONARY 2017).

Para garantir a integralidade da assistência à saúde, o Ministério da saúde estabeleceu no ano de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Até o ano de 2009 o Piauí possuía 95,9% de implantação da Estratégia Saúde da Família em 221 (99,0%) municípios. Além disso, apresentava na maioria dos municípios menos de 2 leitos pediátricos para cada mil crianças, menos de 2 leitos obstétricos para cada mil mulheres, uma cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de cerca de 80% e um alto número de casos de sífilis congênita (50 casos em 2009). Possuía Taxa de Mortalidade Infantil de 26,2/1000NV e Taxa de Mortalidade Materna de 88,4/100mil NV, sendo maiores que as do Brasil que era de 20,5/1000NV e 63,5/100mil NV respectivamente. Esses dados eram considerados alarmantes diante da priorização de ações para alcançar as metas para o Desenvolvimento do Milênio propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Estado do Piauí apresentava uma rede de atenção fragmentada e pouco resolutiva, sustentada em um modelo que pouco priorizava as evidências científicas, a humanização do cuidado e, principalmente, os direitos da mulher e da criança, o que implicava diretamente na manutenção das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal. Assim, diante de tal realidade e da necessidade da implementação de ações orientadas para ampliação da qualidade das ações de saúde voltadas para a superação destes obstáculos tanto a nível nacional quanto à nível estadual, a partir de 2012 se iniciou a implementação da Rede Cegonha no Piauí (PIAÚÍ, 2012).

A implantação da Rede Cegonha é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto, aborto e puerpério. A Rede Cegonha garante também às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis buscando reduzir a mortalidade materna, a violência obstétrica e a baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Desta maneira, com a expansão das redes de atenção em todo o país e, mais especificamente no estado do Piauí, torna-se imprescindível análises do desempenho das mesmas, de modo a possibilitar o

acompanhamento e delineamento das condições de saúde conforme a mudança do modelo de atenção (ARAÚJO DE, et al., 2016).

Para o conhecimento e a melhoria dos indicadores materno-infantis, foi criado pelo Ministério da Saúde o (SINASC), o qual é alimentado por meio do preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV). Através desse sistema são coletados e processados dados demográficos e epidemiológicos sobre o recém-nascido e da mãe, assim como informações sobre o pré-natal e o parto. Sob o aspecto epidemiológico, essas informações permitem a execução de análises abrangentes acerca da saúde materno-infantil (MELLO-JORGE HPM, et al., 2007; FARIAS MDCAD, et al., 2014).

A análise dos indicadores de saúde contribuem para o reconhecimento e o monitoramento do desempenho do sistema de saúde e das condições sanitárias da população, bem como para o estabelecimento de novas estratégias frente aos problemas de saúde, possibilitando quantificar e tornar compreensíveis os fenômenos ocorridos em uma população (RIPSA, 2008; MAGALHÃES ACF, et al., 2012). Da mesma forma, a análise dos indicadores materno-infantis também são igualmente importantes, uma vez que permitem o conhecimento do perfil das condições materno-infantis e a real situação de saúde dessa população, sendo imprescindível no âmbito da gestão em saúde para viabilizar o planejamento de políticas e ações e formulação de estratégias para a melhoria da qualidade da assistência (COSTA MCO, et al., 2001; LIMA MM e AGUILAR AMM, 2017).

Diante do exposto o estudo dos aspectos relacionados às características vitais nos nascidos vivos configura-se como uma estratégia útil para a avaliação e detecção das necessidades de saúde, subsidiando intervenções direcionadas, de maneira a provocar melhorias no Sistema de Saúde e nas condições de vida da população. Assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos do estado do Piauí no período de 2007 a 2017 e evidenciar a importância deste indicador para o planejamento em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal em que foram utilizados dados secundários dos Nascidos vivos do estado do Piauí obtidos através do endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No sítio eletrônico do DATASUS estão registrados os dados dos nascidos vivos notificados no SINASC no período de 2007 a 2017.

Foram consideradas e analisadas neste estudo as variáveis: sexo, tipo de parto, raça, índice de apgar (1' e 5'), local de ocorrência do nascimento, presença e ausência de anomalia congênita, Duração da gestação, consultas de pré-natal e adequação do pré-natal, peso ao nascer, tipo de gestação, estado civil da mãe, idade materna, escolaridade da mãe e macrorregião de saúde.

As variáveis foram obtidas através do SINASC, para tabulação dos dados utilizou-se o programa *Tabwin* 3.6 (obtido no site do DATASUS), os quais foram inseridos no *software* Microsoft Office Excel®, sendo analisados mediante estatísticas descritivas, por meio da análise univariada dos dados, posteriormente prosseguindo-se com a elaboração dos gráficos e tabelas. Uma vez que esta análise é fundamentada em banco de dados secundários e de domínio público, este estudo não foi submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto ressalta-se que foram seguidos todos os preceitos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram registrados 543.420 nascidos vivos no estado no período de 2007 a 2017. Destes, 51,7% eram crianças do sexo masculino, predominantemente da raça parda (82,4%), nascidas em sua maioria em ambiente hospitalar (95,5%), com índice de apgar de 8 a 10 no 1' (83,9%) e no 5' (97,1%) e de gestação única (98,3%). A mãe, em 48,6% dos casos realizou o pré-natal mais que adequadamente, das quais 50,5% tiveram sete ou mais consultas e 91,3% tiveram duração da gestação maior ou igual a 37 semanas. Parcela expressiva das crianças não apresentaram anomalias congênitas (95,5%) e tiveram peso ao nascer que variou de 3000g e 3999g (65,7%), como pode ser observado na **Tabela 1**.

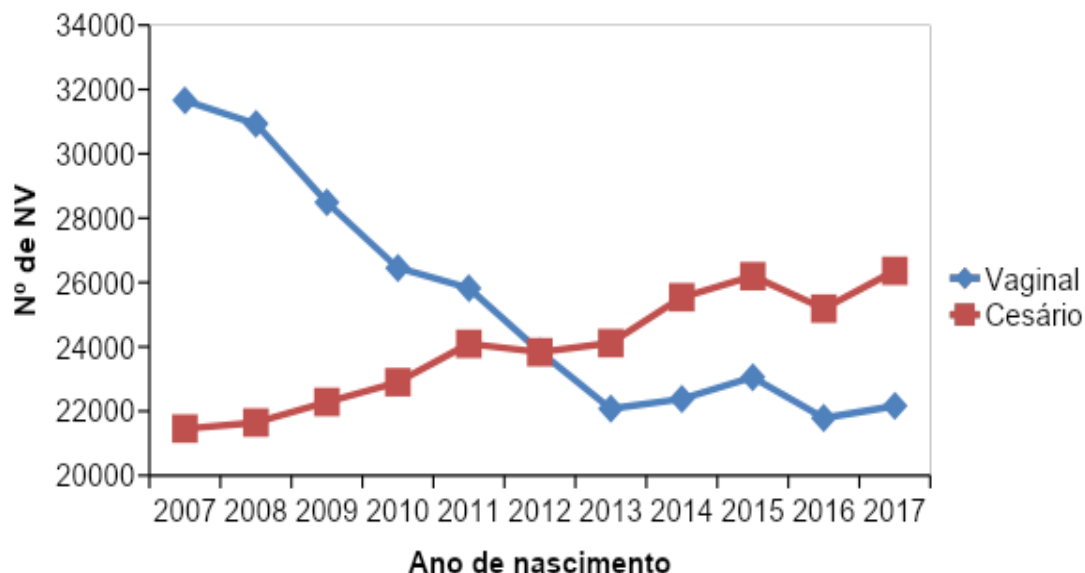
Tabela 1 - Perfil geral dos Nascidos Vivos (NV) do estado. Piauí, Brasil, 2007 – 2017 (N=543.420).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	278.322	51,7
Feminino	265.098	48,3
Tipo de Parto		
Vaginal	278.662	51,4
Cesárea	263.608	48,6
Raça		
Branca	69.533	13,4
Preta	19.099	3,7
Parda	427.930	82,4
Amarela	2.203	0,43
Indígena	349	0,07
Apgar 1'		
8 a 10	397.906	83,9
6 a 7	56.503	11,9
<6	19.893	4,2
Local de ocorrência		
Hospital	519.360	95,5
Outro Est. de Saúde	18.873	3,5
Domicílio	4.755	0,9
Outros	546	0,1
Anomalia Congênita		
Sim	2.921	0,5
Não	528.116	95,5
Duração da Gestação		
≥ 37 semanas	484.286	91,3
< 37 semanas	46.420	8,7
Consultas de pré-natal		
≥7	271.493	50,5
4 a 6	206.394	38,3
1 a 3	47.909	8,9
Nenhuma	12.520	2,3
Peso ao Nascer		
500 a 1499g	5.532	1,0
1500 a 2999g	145.461	26,8
3000 a 3999g	356.443	65,7
>4000g	35.361	6,5
Apgar 5'		
8 a 10	459.252	97,1
6 a 7	8.821	1,9
<6	4.680	1,0
Adequação do Pré-natal		
Não fez pré-natal	780	0,4
Inadequado	43.268	22,5
Intermediário	16.150	8,4
Adequado	18.302	9,5
Mais que adequado	93.781	48,6
Não Classificados	20.450	10,6
Tipo de gestação		
Única	532.670	98,3
Múltipla	9.215	1,7

Fonte: Araujo JCM, et al., 2021; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - DATASUS.

Quanto ao tipo de parto, a maioria é vaginal, entretanto, nota-se a diminuição do número de partos vaginais até o ano 2013 e, a partir deste ano, mantendo-se constante até 2017. Já o número de partos cesarianos evoluiu de forma crescente durante todo o período estudado (**Gráfico 1**).

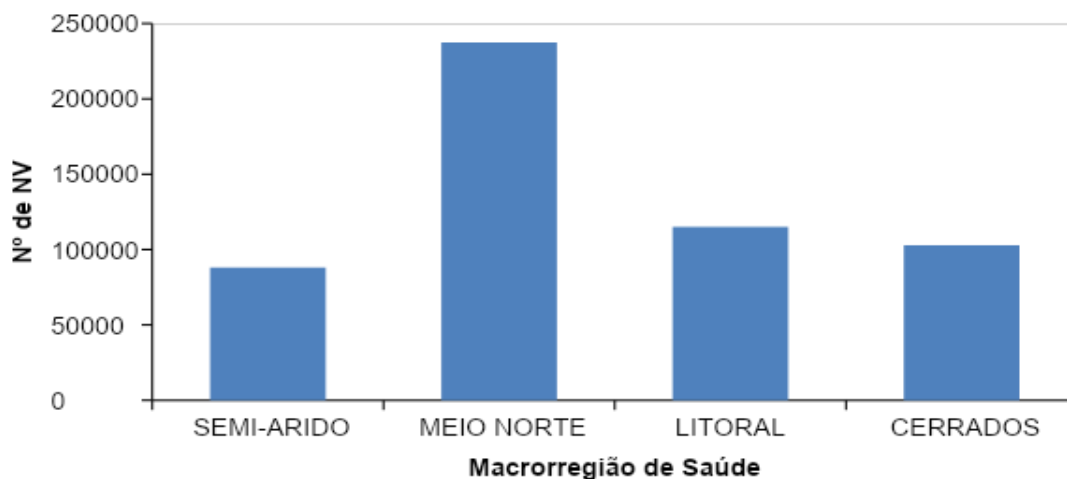
Gráfico 1 - Número de Nascidos Vivos por tipo de parto, segundo o ano de nascimento. Piauí, Brasil, 2007-2017.



Fonte: Araujo JCM, et al., 2020; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - DATASUS.

O **Gráfico 2** mostra a maior concentração de nascimentos na macrorregião Meio-Norte do estado.

Gráfico 2 - Número de Nascidos Vivos por macrorregião de saúde. Piauí, Brasil, 2007-2017.



Fonte: Araujo JCM, et al., 2020; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - DATASUS.

Na **Tabela 2** são apresentados os fatores relacionados às mães das crianças. A maioria dos Nascidos Vivos nasceu de mães residentes na região meio-norte 43,7%, na faixa etária de 20 a 29 anos 54,2%, com grau de escolaridade de 8 a 11 anos de estudo 45,0 % e casadas 37,7%.

Tabela 2 - Perfil geral das mães dos Nascidos Vivos (NV) do estado. Piauí, Brasil, 2007 -2017.

Variável	n	%
Estado Civil da mãe		
Casada	200.551	37,7
Solteira	199.922	37,5
União consensual	129.502	24,4
Outra	2.266	0,4
Idade Materna		
<20 anos	121.984	22,5
20 a 29 anos	294.595	54,2
30 a 39 anos	117.617	21,6
≥40 anos	9.354	1,7
Escolaridade da Mãe		
1 a 7 anos	212.534	39,7
8 a 11 anos	241.295	45,0
≥12 anos	72.327	13,6
Nenhuma	8.996	1,7
Mesorregião de Saúde		
Semiárido	87.990	16,2
Meio Norte	237.532	43,7
Litoral	115.137	21,2
Cerrados	102.892	18,9

Fonte: Araujo JCM, et al., 2020; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - DATASUS.

DISCUSSÃO

A análise do perfil geral dos nascimentos ocorridos no estado do Piauí no período estudado apontou que a média de nascimentos foi de 54.342 nascidos vivos por ano. Este resultado corrobora com a média de nascimentos obtida anteriormente em estudo realizado na mesma região, no qual a média de nascimentos foi de 53.522 nascidos vivos por ano no período de 2005 a 2015 (SANTOS GM, et al., 2017). Em comparação com outros estados, observa-se que os resultados do presente estudo demonstram um perfil diferente, pois pesquisa realizada no Rio Grande do Sul apontou uma média de nascimentos de 137.268 (PADILHA JF, et al., 2013)

Essas diferenças podem ser explicadas pelas distintas condições socioeconômicas, de gestação e nascimento que ocorrem nas diferentes regiões do país, sendo evidenciada pela alta Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN). Este indicador associa-se diretamente com as condições de infraestrutura ambiental, bem como com as condições de acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil tais como: assistência à saúde, condições da gestação e parto e acesso aos cuidados pré-natais e perinatais de qualidade (RIPSA, 2008; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE), 2018). No Piauí a TMN correspondeu a 11,8 óbitos/1000 nascidos vivos em 2015, sendo maior que a taxa de mortalidade Neonatal do país (9,4/1000NV em 2015), em contrapartida, no Rio Grande do Sul essa taxa foi estimada em 7,2 óbitos/1000 nascidos vivos no mesmo ano (IBGE, 2014).

Os resultados deste estudo confirmam a hegemonia dos nascimentos em ambiente hospitalar, independentemente do local de residência da mãe. Resultados que demonstraram a predominância dos partos hospitalares também foram observados em estudos conduzidos em Chapecó – SC e em cidades do Nordeste como Aracaju – SE e Piripiri – PI (SILVA RAD, et al., 2016; CRAVO EO e OLIVEIRA JVR, 2012; DANTAS SDJ e COSTA SM, 2019; MASCARENHAS MDM, et al., 2006; SANTOS GM, et al., 2017).

Esse dado faz emergir discussões importantes sobre as novas representações do parto, o que demonstra ser uma mudança histórica visto que, antes os partos eram predominantemente realizados no domicílio. Entretanto, o hospital é tido como o local mais indicado para a realização do nascimento, uma vez que este ambiente conta com uma equipe multidisciplinar e equipamentos necessários para fornecer o mínimo de risco possível para mãe e o bebê (SILVA EAT, 2013). Somente a partir do século XX a medicina conseguiu

modificar a visão do parto, que passou de um evento fisiológico a um evento patológico dependente, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico (CRIZÓSTOMO CD, et al., 2007).

Outra possível explicação para a predominância do parto hospitalar também pode ser a melhoria do acesso aos serviços de saúde (SILVA ZP e ALMEIDA MF, 2012). No Brasil, apenas uma pequena parcela da população é assistida em outros serviços de menor complexidade, como prontos-socorros, que atendem o parto em situações de urgência, unidades mistas de saúde e centros de parto normal, que recebem mães de baixo risco obstétrico (VARGENS OMC, et al., 2008).

Com relação à duração da gestação e adequabilidade do pré-natal, a prevalência de idade gestacional foi de crianças nascidas com 37 semanas ou mais, além disso, a maioria das mães realizou um pré-natal classificado como mais que adequado, com sete ou mais consultas, seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, entretanto, parcela expressiva das mães deste estudo ainda teve o pré-natal considerado inadequado. Este achado corrobora com os observados em Chapecó, Foz do Iguaçu e Sergipe (SILVA RAD, et al., 2016; RODRIGUES KSF e ZAGONEL IPS, 2010; DANTAS SJD e COSTA SM, 2019).

Quanto ao tipo de gestação houve a predominância de gestação única. A consulta de pré-natal é a principal maneira de assegurar o desenvolvimento de qualidade da gestação, pois possibilita o acompanhamento da gestante e do desenvolvimento do feto, diminuindo os riscos para mortalidade materna e infantil (NUNES JT, et al., 2016; GUIMARÃES CA, et al., 2017).

A maioria dos nascidos vivos deste estudo é do sexo masculino, sendo este achado semelhante aqueles já relatados para o Piauí e para outros estados brasileiros (SILVA RAD, et al., 2016; SANTOS GM, et al., 2017; CORREIO RAS, et al., 2016; DANTAS SJD e COSTA SM, 2019). De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil nascem cerca de 3,0% a mais de crianças do sexo masculino que do sexo feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O índice de Apgar traduz a vitalidade do recém-nascido, sendo avaliado no primeiro e no quinto minuto de adaptação imediata à vida extrauterina. Para compor o índice são analisados a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular e a irritabilidade reflexa. A partir disso, é atribuída uma nota para cada sinal que varia de zero a dois, em que a somatória atribuída a cada item irá indicar se o recém-nascido está em condições normais ou críticas (MARCIANO RP e AMARAL WN, 2015). Diante do exposto, este estudo demonstrou que os nascidos vivos apresentaram boas condições de vitalidade no 1' e 5' minutos, estando este achado em consonância com pesquisas realizadas em cidades de outros estados, como em Chapecó e no Rio Grande do Sul (RODRIGUES KSF e ZAGONELIPS, 2010; FRANCISCATTO LHG, et al., 2014).

O baixo peso ao nascer (<2500g) foi pouco observado nesta investigação, havendo nos Recém-Nascidos (RN's) piauienses a predominância de peso que variou de 3.000 e 3.999g, corroborando com os resultados encontrados no Estado de Sergipe (DANTAS KSF e COSTA IPS, 2019). Entretanto, outros estudos realizados em Chapecó e Aracaju encontraram porcentagem maior de RNs com baixo peso (CRAVO EO e OLIVEIRA JVR, 2012; CORREIO RAS, et al., 2016).

A condição de peso ao nascer é multifatorial e está relacionada a diversos aspectos como idade, escolaridade, ocupação e estado civil da mãe, sexo da criança, qualidade do pré-natal, prematuridade, raça, condições sociais e econômicas (MAIA RRP e SOUZA JMP, 2010). É considerado um dos principais fatores para determinar a probabilidade de sobrevivência ao período neonatal, bem como a todos os meses do primeiro ano de vida (UCHIMURA TT, et al., 2008).

A combinação dos três resultados referentes à escore de Apgar, peso ao nascer e idade gestacional obtidos na pesquisa, estão altamente associados à sobrevivência do recém-nascido e ao seu melhor desenvolvimento (FRANCISCATTO LHG, et al., 2014). Desta forma, uma vez que estes fatores se encontram dentro dos parâmetros considerados normais, pode-se inferir que esta pesquisa apresentou um bom indicador epidemiológico.

No que tange a ocorrência de malformações congênitas, quase a totalidade da população estudada não apresentou defeitos congênitos, o que corrobora com o perfil observado no estado de Sergipe (DANTAS KSF

e COSTA IPS, 2019). No que diz respeito à Raça, a mais declarada entre os neonatos piauienses foi a Parda. Tal resultado se deve a realidade local e regional, pois, de acordo com dados do IBGE (2010), os grupos étnicos da Região Nordeste apresentam como resultado da sua história sociocultural e miscigenação dos povos, uma população em sua maioria parda e preta, seguida da cor branca.

As faixa-etárias maternas mais prevalentes foram de 20 a 29 anos e menor que 20 anos, sendo este resultado também reportado em estudos realizados em no Rio Grande do Sul, em Cuba, Sergipe e no estado do Piauí (FRANCISCATTO LHG, et al., 2014; GONZÁLEZ EEH, 2016; DANTAS KSF e COSTA IPS, 2019; SANTOS GM, et al., 2017). O desenrolar da gestação é diretamente relacionado com a idade e quanto mais precoce ou mais tardia for à gravidez, maiores são os riscos para possíveis complicações no período gestacional, parto e período perinatal (SANTANA FG, et al., 2010 e SANTOS GM, et al., 2017).

Não houve diferença significativa entre mães solteiras e casadas, sendo observados números praticamente equivalentes em ambas às situações conjugais, diferentemente de resultados observados em outros estudos que apontam que a maioria das mães eram casadas (SANTOS GM, et al., 2017; RENNER FW, et al., 2015). De acordo com o Ministério da Saúde, analisar a situação conjugal dessas mães caracteriza-se como um fator importante, uma vez que a situação conjugal insegura corresponde a aspecto de grande relevância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A escolaridade pode ser vista como um indicador de condição social, desta forma, no que concerne à escolaridade materna, esta pesquisa constatou que a maioria das mães possuía de 8 a 11 anos de estudo, sendo fato semelhante ao encontrado em outros trabalhos (OLIVEIRA MM e CARNIEL F, 2013; SANTOS GM, et al., 2017; RIBEIRO JF, et al., 2018). O Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, elaborado pelo Ministério da Saúde, destaca a baixa escolaridade (menos de cinco anos de estudo regular) como um dos fatores de risco na gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; SANTOS GM, et al., 2017). Embora a maioria das mães desta investigação tenham apresentado escolaridade mais elevada, não se pode desconsiderar aquelas cujo nível educacional era baixo, representando condição de risco à saúde materno-infantil.

O estudo aponta a necessidade do fortalecimento das ações de saúde na atenção básica e hospitalar, com enfoque nas ações de saúde materno-infantil e na qualificação técnica de profissionais da atenção à saúde gestacional. Sua principal limitação é o uso de dados secundários, uma vez que estes podem apresentar inconsistências no que diz respeito à quantidade e qualidade das informações devido à negligência no preenchimento das notificações, no entanto, esta limitação não inviabilizou a elaboração desta investigação. Diante da problemática, faz-se necessário a sensibilização dos profissionais quanto à importância do correto preenchimento dos dados contidos na DNV e demais fichas de notificação, uma vez que estas são fontes de informações imprescindíveis para o reconhecimento dos perfis de saúde regionais.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados analisados, observou-se o alarmante número de gestações entre adolescentes e mulheres adultas jovens, o aumento do número de cesarianas, bem como de agravos à saúde do recém-nascido, o que aponta para a necessidade de estratégias que visem a educação reprodutiva. Os dados evidenciados neste estudo são de grande relevância, pois evidencia informações valiosas sobre as condições de nascimento no estado, principalmente no que se refere à qualidade do atendimento à gestação e ao parto, fornecendo dados que permitem a reflexão, a investigação, avaliação diagnóstica, o direcionamento de ações de saúde mais efetivas e contribuem para o reconhecimento das demandas de saúde diretamente relacionadas a este indicador, direcionando a gestão para o fortalecimento das ações de captação de gestantes para o pré-natal, incentivo e sensibilização sobre os benefícios do parto vaginal, empoderamento da gestante e criação de vínculo da gestante com o sistema. Tais resultados revelam um diagnóstico da situação de saúde materno-infantil no estado, contribuindo para o direcionamento das ações de saúde de forma específica que atendam as reais necessidades de saúde, gerando benefícios para a população, para os serviços, para os profissionais.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO DE, et al. Avaliação de desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. Revista Eletrônica Comunidade Informação e Inovação em Saúde, 2016; 10(3): 1-16.
2. CORREIO RAS, et al. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde, 2016; 10(2): 1-16.
3. COSTA MCO, et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. Jornal de Pediatria, 2001; 77(3): 235-242.
4. CRAVO EO, OLIVEIRA JVR. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. Ideias & Inovação, 2012; 1(1): 9-17.
5. CRIZÓSTOMO CD et al. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc. Anna Nery, 2007; 11(1): 98-104.
6. DANTAS SDJ, COSTA SM. Perfil epidemiológico de partos e nascimentos do estado de sergipe: análise de dados secundários, (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade Tiradentes, Aracajú, 2019; 23 p.
7. FARIAS MDCAD, et al. Entre a captação ea divulgação de dados: a importância da DNV e do seu adequado preenchimento. Journal of Human Growth and Development, 2014; 24(2): 150-156.
8. FRANCISCATTO LHG, et al. Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, 2014; 8(5): 1149-1156.
9. GONZÁLEZ EEH. Características maternas y perinatales del embarazo prolongado. Guatemala (Dissertação) Universidad de San Carlos de Guatemala, 2016; 75p.
10. GUIMARÃES CA, et al. Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do programa Mais Médicos. Cinergis, 2017; 18(1): 25-28.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sistema IBGE de recuperação Automática (SIDRA). Indicador 3.2.2 - Taxa de mortalidade neonatal, Valores preliminares para 2014 e 2015. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6696#resultado>. Acessado em: 5 de abr. de 2020.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil–2017. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2018. Disponível em: <https://longevidade.ind.br/publicacao/tabua-completa-de-mortalidade-para-o-brasil-2017/>. Acessado em: 20 de abril de 2021.
13. LIMA MM, AGUILAR AMM. Análise dos indicadores de saúde materno infantil de um Município do Estado do Mato Grosso. Journal of Health Sciences, 2017; 19(3): 183-190.
14. MAGALHÃES ACF, et al. Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde. Rev Enferm Centro Oeste Mineiro 2012; 2(1): 31-42.
15. MAIA RRP, SOUZA JMP. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. Journal of Human Growth and Development, 2010; 20(3): 735-744.
16. MARCIANO RP, AMARAL WN. O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. FEMINA, 2015; 43(4): 155-159.
17. MASCARENHAS MDM, et al. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piri-piri, Piauí, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6(2): 175-181.
18. MELLO-JORGE HPM, et al. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. Rev Ciên Saúde Coletiva. 2007; 12(3):643-54.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n.4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acessado em: 15 de outubro de 2021.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf . Acessado em: 17 de novembro de 2021.
21. 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. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acessado em: 16 de novembro de 2021.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de Atenção Básica. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado em: 16 de novembro de 2021.
23. NUNES JT, et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cadernos Saúde Coletiva, 2016; 24(2): 252-261.
24. OLIVEIRA MM, CARNIEL F. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-Paraná (RO). Ver Cie Fac Edu Mei Amb. 2013; 4(2): 18-38.
25. OXFORD LEARNER'S DICTIONARIES. 2017. In: Oxford Advanced American Dictionary. Dicionário online. Disponível em: <http://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/>. Acessado em: 1 de dezembro de 2019.

26. PADILHA JF, et al. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. *Saúde (Santa Maria)*, 2013; 39(2): 99-108.
27. PIAUÍ. 2012. Secretaria do Estado da Saúde, Subprojeto Estadual/Pi: Região de Saúde Entre Rios/Piauí. QualiSUS. Teresina, (PI): Secretaria do Estado da Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-QualiSUS-PI-web.pdf>. Acessado em: 3 de abril de 2020.
28. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008a; 349 p.
29. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores de Dados Básicos (IDB). Tema do Ano: Nascimentos no Brasil. 2008b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acessado em: 3 de abril de 2020.
30. RENNERT FW, 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.
31. RIBEIRO JF, et al. Epidemiologia de nascidos vivos de mães residentes em uma capital do nordeste. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 2018; 4: 6897: 1-8.
32. RODRIGUES KSF, ZAGONEL IPS. Perfil epidemiológico de nascimento em Foz do Iguaçu. *Esc Anna Nery*, 2010; 14(3): 534-542.
33. ROMERO D, et al. Informação e indicadores: conceitos, fontes e aplicações para a saúde do idoso e envelhecimento. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2021; 104 p.
34. SANTANA FG, et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 2010; 11(3): 35-40.
35. SANTOS GM, et al. Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste brasileiro. *Revista Uningá Review*, 2017; 31(1): 12-18.
36. SILVA EAT. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. *O Mundo da Saúde*, 2013; 37(2): 208-215.
37. SILVA RAD, et al. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC, *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, 2016; 10(2): 1-16.
38. SILVA ZP, ALMEIDA MF. Partos Domiciliares Acidentais e Mortalidade Infantil. *Estudos Populacionais*, 2012; 1-11.
39. UCHIMURA TT, et al. Baixo peso ao nascer e fatores associados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2008; 29(1): 33-38.
40. VARGENS OMC, et al. 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.