

PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS DE MARANGUAPE-CE: A PARTIR DA SÉRIE HISTÓRICA DE 2000 A 2003

LIVE BIRTHS PROFILE, MARANGUAPE – CE FROM 2000 TO 2003

PERFIL DE LOS NACIDOS VIVOS, MARANGUAPE – CE EN EL PERIODO DE 2000 A 2003

NANCY COSTA DE OLIVEIRA¹

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA²

CRISTIANA FERREIRA DA SILVA³

Objetivou-se analisar o perfil dos nascidos vivos de Maranguape-CE registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) entre janeiro de 2000 e dezembro de 2003. Foram analisadas 5.032 declarações de nascidos vivos (DN) de mães residentes no município. As DN foram digitadas no Software SINASC do Ministério da Saúde e os dados apresentados em tabelas. Predominou idade materna entre 21 e 30 anos, instrução entre 4 e 11 anos de estudo, aumento no percentual de mães solteiras, índice de APGAR variando entre 4 a 7 e peso ao nascer entre 2.500g e 3.999g. O número de gestação única preponderou, bem como aumento no número de consultas de pré-natal, redução de nascimentos prematuros e aumento no percentual de parto cesariano. As informações do SINASC são fundamentais para a tomada de decisão na saúde materno-infantil. Dificuldades com relação à alimentação do sistema precisam ser superadas através de acompanhamento e controle dos registros.

PALAVRAS CHAVE: *Nascido vivo; Sistemas de informação; Saúde materno-infantil; Indicadores básicos de saúde.*

It was objectified to analyze the profile of the live births in Maranguape-CE registered in the Live Births Information System (SINASC) between January, 2000 and December, 2003. 5.032 declarations of live births (DN) of resident mother were analyzed. The DN was included in the SINASC Software of the Health Ministry and the data were presented in tabular format. The maternal age between 21 and 30 was predominant, education between 4 and 11 years of study, the increase in the percentage of single mothers, APGAR index varying between 4 and 7 and weight right after birth between 2,500g and 3,999g. The number of only one pregnancy was predominant as well as the increase on the in number of pre-natal doctor's appointment, reduction of premature births and increase in the percentage of caesarian section. The information SINASC is fundamental to decision taking to the mother-child health. Difficulties in relation to the feeding of the system need to be overcome through observation and control of the registrations.

KEYWORDS: *Live birth; Information systems; Maternal and child health; Health status indicators.*

El objetivo fue analizar el perfil de los nacidos vivos en Maranguape-CE, registrados en el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) entre enero de 2000 y diciembre de 2003. Se analizaron 5.032 declaraciones de nacidos vivos (DN) de madres residentes en el municipio. Las DN fueron introducidas en el Software SINASC del Ministerio de Salud Pública y los datos presentados en tablas. Predominó la edad materna entre 21 y 30 años, instrucción entre 4 y 11 años de estudio, hubo aumento en el porcentaje de madres solteras, índice de APGAR variando entre 4 y 7 y peso al nacer entre 2.500g y 3.999g. El número de gestación única preponderó, así como el aumento en el número de consultas de prenatal, reducción de nacimientos prematuros y aumento en el porcentaje de parto cesariano. Las informaciones del SINASC son fundamentales al tomar una decisión adecuada en la salud materno-infantil. Las dificultades relacionadas a la sustentación del sistema tienen que ser superadas por medio de supervisión y control de los registros.

PALABRAS CLAVE: *Nacido vivo; Sistemas de información; Salud materno-infantil; Indicadores de salud.*

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Secretaria de Saúde de Maranguape-CE. E-mail: nancostaoliveira@terra.com.br. Praça Senador Almir Pinto, S/N CEP: 61.940-000. Maranguape-CE.

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem – FFOE/UFC. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br. Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Secretaria de Saúde de Maracanaú – CE. Gerência de Vigilância Epidemiológica. E-mail: cristianaferrerasilva@yahoo.com.br. Avenida 2, 150. Jereissati I. Maracanaú – CE.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) gera dados para o planejamento e avaliação das ações de saúde direcionadas à criança e à mãe, e são usados na construção de indicadores de saúde¹. Consiste em um subsistema nacional de informações sobre nascimentos, que se encontra sob a responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde, cuja implantação oficial, no Brasil, deu-se a partir de 1990. Desde então, foi crescente a avaliação dos dados gerados, que vem se firmando como uma importante ação para o diagnóstico das condições da saúde materno-infantil^{1, 2}.

Um dos objetivos da implantação do SINASC é oferecer dados sobre o perfil epidemiológico dos nascimentos, segundo variáveis específicas relacionadas ao recém-nascido, à mãe, à gestação, ao parto e ao local de ocorrência do mesmo. Além de viabilizar a análise sistemática das características dos nascimentos, o SINASC possibilita o levantamento do número de nascidos vivos, reduzindo a subnotificação e superando problemas existentes ligados à obtenção de informação por intermédio do registro civil^{3, 4, 5}.

No ano de implantação do SINASC, a emissão da Declaração de Nascido Vivo (DN) tornou-se obrigatória para os hospitais e para os estabelecimentos de saúde que assistem ao parto, conforme Lei 8.069/1990^{6, 7}. A DN é o instrumento básico, individualizado e padronizado em todo o território nacional, pelo Ministério da Saúde. É previamente numerada e consta de três vias com finalidades distintas. A primeira via da DN é destinada às Secretarias Municipais de Saúde, com finalidade estatística; a segunda via pertence à família para ser apresentada ao cartório na ocasião da retirada do registro civil do nascimento; e a terceira via é destinada à unidade de saúde onde ocorreu o parto, sendo arquivada no prontuário do recém-nascido^{6, 8}.

A DN deve ser preenchida por um profissional de saúde do serviço, seja público ou privado, onde ocorreu o parto, logo após o nascimento da criança. Quando o nascimento ocorre no domicílio, o preenchimento da DN é efetuado no cartório de registro civil no ato da realização do registro da criança^{4, 8}. Em municípios com o Programa Saúde da Família (PSF) implantado, os nascidos vivos de partos

domiciliares podem ter a DN preenchida pela equipe de saúde da família responsável pela área territorial adstrita.

A DN é composta por sete conjuntos de variáveis que se referem: aos dados gerais de identificação, ao cartório, ao local de ocorrência do parto, à mãe, à gestação e ao parto, ao recém-nascido e ao responsável pelo preenchimento. As variáveis relacionadas ao recém-nascido incluem: local de ocorrência do nascimento, sexo, peso ao nascer, índice de APGAR (*Activity, Pulse, Grimace, Appearance, e Respiration*) no 1° e 5° minutos de vida, raça/cor e presença ou não de anomalia congênita. As informações sobre gestação e parto incluem: duração da gestação em semanas, tipo de gravidez, tipo de parto e número de consultas de pré-natal. As variáveis relacionadas à mãe, são: nome da mãe, idade, estado civil, escolaridade, ocupação habitual, número de filhos e residência materna^{8, 9}.

O SINASC possibilita o desenvolvimento de estudos de base populacional sobre os nascimentos, incluindo o perfil dos nascidos vivos segundo as variáveis de natureza epidemiológica contidas na DN, bem como fornece subsídios para a avaliação e monitoramento das políticas públicas na área da saúde materno-infantil.

Em face do exposto e considerando a relevância das informações nas declarações de nascido vivo, definiu-se por objetivo: caracterizar o perfil dos nascidos vivos no município de Maranguape-CE, a partir das declarações de nascido vivo oriundas de partos hospitalares e domiciliares digitadas no *software* SINASC, colhidos no período de 2000 a 2003.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Foram analisadas 5.032 DN (hospitalares e domiciliares) de mães residentes em Maranguape – CE, registradas no SINASC entre 1° de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2003. Muito embora o SINASC tenha sido implantado em Maranguape em novembro do ano de 1999, as informações referentes àquele ano foram excluídas desse estudo por existirem falhas no preenchimento e na digitação da DN. O referido município possui uma população de 88.135 habitantes, dos quais 74,0% residem em área rural e 26,0% em área urbana¹⁰.

As DN oriundas das duas maternidades do município foram preenchidas por profissionais de saúde das salas de parto, na sua maioria, auxiliares de enfermagem e parteiras, a partir das informações contidas no prontuário de internação ou cartão da gestante e, outras colhidas pessoalmente com as parturientes. As DN foram digitadas por técnico do serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município, utilizando-se o *software* SINASC do Ministério da Saúde. Este realiza o controle de emissão das declarações sem preenchimento, recolhe a primeira via preenchida no local do parto, controla as declarações rasuradas, e disponibiliza relatórios mensais e anuais. Se as declarações são enviadas com algum campo em branco, logo são devolvidas aos estabelecimentos de saúde para que sejam devidamente preenchidas. Mensalmente, o serviço de vigilância epidemiológica de Maranguape – CE realiza a busca de DN nos cartórios de registro civil, resgatando registros sem DN para reduzir a subnotificação.

Foram consideradas de interesse para esse estudo as variáveis: local de ocorrência do nascimento, peso ao nascer, índice de APGAR no primeiro minuto de vida, idade gestacional, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, idade materna, escolaridade da mãe em anos de estudo e estado civil materno.

Os resultados foram apresentados em formato tabular, com frequências absolutas e relativas, reunidos em três grupos de variáveis: as relacionadas ao recém-nascido, as relacionadas às características maternas e as relacionadas ao local de nascimento.

RESULTADOS

A distribuição dos nascidos vivos no período estudado em Maranguape mostrou-se relativamente homogênea, com uma média de 1.266 nascidos vivos/ano, assumindo valores mínimo e máximo de 1.029 e 1.588 nos anos de 2003 e 2000 respectivamente.

Com relação ao baixo peso ao nascer, identificou-se diminuição na proporção de peso ao nascer inferior a 2.500g de 5,3% em 2000 para 3,8% em 2003, com discreta elevação no ano de 2002 (4,2%) (Tabela 1). A média de baixo peso ao nascer dos nascidos vivos no período analisado (2000 a 2003) ficou em torno de 4,3%.

Houve declínio expressivo nos valores percentuais entre 0 e 3 do índice de APGAR no primeiro minuto de vida, passando de 5,9% dos nascimentos em 2000 para 0,5% em 2003. A maioria dos nascimentos vivos do período estudado apresentou índice de APGAR no 1º minuto de vida entre 4 e 7, com aumento progressivo, registrando percentual de 51,8%, em 2000 e de 62,9% em 2003 (Tabela 1). O índice de APGAR apresentou valor ignorado de 2,3% nos anos de 2000 a 2002, com redução gradativa para 1,3% em 2003.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DE NASCIDOS VIVOS SEGUNDO VARIÁVEIS DA DN RELACIONADAS AO RECÉM-NASCIDO. MARANGUAPE, 2000 A 2003

Variáveis relativas ao recém-nascido	2000		2001		2002		2003	
	n=1 588	%	n=1 538	%	n=1 107	%	n=1 029	%
Peso ao nascer: * < 2 500g	84	5,3	52	3,9	46	4,2	39	3,8
≥ 2 500g	1 494	94,7	1 282	96,1	1 060	95,8	990	96,2
APGAR 1º minuto de vida*:								
0 a 3	92	5,9	20	1,5	14	1,3	5	0,5
4 a 7	801	51,8	785	59,2	626	57,5	638	62,9
≥ 8	657	42,3	523	39,3	448	41,2	372	36,6

Fonte: Secretaria de Saúde de Maranguape-CE. SINASC. *Excluídos valores ignorados e não informados.

Observou-se conforme Tabela 2, uma redução significativa na proporção de nascimentos com idade gestacional menor de 37 semanas entre os anos de 2000 e 2001. Os partos prematuros no ano de 2000 alcançaram valor percentual da ordem de 4,1% e em 2003 houve redução para 1,4%. A variável idade gestacional apresentou campos ignorados de 2,2% no ano 2000 e em 2001 de 0,5%, melhorando o preenchimento desse campo e chegando a zero nos anos de 2002 e 2003.

Com relação ao número de consultas realizadas durante a gravidez, o percentual de mães que não foram à consulta pré-natal no período diminuiu, caindo de 2,3% (2000) para 1,1% (2003). Como consequência, o número de consultas superior a sete cresceu no período estudado,

alcançando 37,0% em 2003, quando em 2000 registrava apenas 24,7% (Tabela 2). Com relação aos valores ignorados da variável número de consultas pré-natal, a média nos anos de 2000 a 2002 foi de 1,5%, tendo reduzido para 0,9% em 2003.

Quanto à idade materna, predominou a faixa etária entre 21 a 30 anos ao longo dos anos estudados. A proporção de mães com idade entre 10 e 14 anos de idade diminuiu entre 2000 e 2001, voltando a crescer entre 2002 e 2003. Os valores percentuais de mães com mais de 41 anos diminuíram, passando de 1,5% em 2000 para 1,0% em 2003 (Tabela 2).

Observou-se na Tabela 2 que o valor percentual de mães sem escolaridade aumentou, registrando-se 4,8% em 2000 e 5,5% em 2003. A proporção de mães com anos de escolaridade entre 1 e 7 anos de estudo diminuiu, com conseqüente aumento de nascidos vivos de mães com 8 e mais anos de estudo. O grau de instrução materna apresentou 15,8% de valores ignorados em 2000, com um aumento em 2001 (29,5%), alcançando 16,7% em 2002 e diminuindo expressivamente para 3,7% em 2003.

Aumentou a proporção de mães solteiras entre 2000 e 2003, passando de 54,9% em 2000 para 70,5% em 2003. Conseqüentemente, percebeu-se uma gradativa redução dos

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DE NASCIDOS VIVOS SEGUNDO AS VARIÁVEIS DA DN RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS MATERNAS. MARANGUAPE, 2000 A 2003

Variáveis relacionadas às características maternas	2000		2001		2002		2003	
	n = 1588	%	n = 1338	%	n = 1107	%	n = 1029	%
Idade gestacional:								
< 37 semanas	64	4,1	22	1,7	19	1,7	14	1,4
≥ 37 semanas	1484	95,9	1308	98,3	1086	98,3	1015	98,6
N.º consultas de pré-natal: *								
Não fez	34	2,3	21	1,6	10	0,9	11	1,1
1 a 6	1097	73,0	929	71,2	726	66,7	631	61,9
7 a mais	370	24,7	355	27,2	352	32,4	377	37,0
Tipo de gravidez:								
Única	1565	98,9	1330	99,5	1101	99,5	1022	99,3
Múltipla	17	1,1	7	0,5	5	0,5	7	0,7
Idade materna (anos): *								
10-14	19	1,2	9	0,7	14	1,3	12	1,2
15-20	500	31,7	409	30,6	370	33,4	327	31,8
21-30	786	49,9	676	50,7	542	49,1	508	49,5
31-40	248	15,7	219	16,4	166	15,0	170	16,5
41 a mais	24	1,5	21	1,6	13	1,2	10	1,0
Escolaridade da mãe (anos de estudo): Nenhuma	65	4,8	88	6,2	42	4,5	55	5,5
1-3	231	17,3	161	17,0	143	15,5	163	16,5
4-7	667	49,9	487	51,7	456	49,5	390	39,4
8-11	268	20,0	191	20,3	190	20,7	239	26,2
12 a mais	106	8,0	45	4,8	91	9,8	123	12,4
Estado civil da mãe: *								
Solteira	850	54,9	798	60,5	722	66,3	720	70,5
Casada	641	41,5	486	36,8	356	32,7	293	28,8
Outros	55	3,6	36	2,7	11	1,0	7	0,7

Fonte: Secretaria de Saúde de Maranguape-CE. SINASC. *Excluídos valores ignorados e não informados.

valores percentuais de nascidos vivos de mães casadas ou com outro tipo de situação conjugal no decorrer período analisado (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra que houve predomínio de nascimentos em instituições hospitalares, cujos valores percentuais passaram do ano de 2000 de 94,6% para 98,8% no ano de 2003. Houve redução do número de partos ocorridos em via pública, que passou de 5,4% em 2000 para zero em 2003. A proporção de partos domiciliares cresceu, visto que o SINASC em 2000 não registrou nenhuma ocorrência e em 2003 correspondeu a 1,2% do total dos partos.

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS NASCIDOS VIVOS SEGUNDO LOCAL DE NASCIMENTO. MARANGUAPE, 2000 A 2003

LOCAL DE NASCIMENTO*	2000		2001		2002		2003	
	n=1 588	%	n = 1338	%	n=1107	%	n = 1029	%
Hospital	1 503	94,6	1290	96,4	1090	98,5	1016	98,8
Domicílio	0	0	3	0,2	11	1,0	13	1,2
Via pública	85	5,4	45	3,4	6	0,5	0	0,0

Fonte: Secretaria de Saúde de Maranguape-CE. SINASC. *Excluídos valores ignorados e não informados.

DISCUSSÃO

Houve progressiva melhora no preenchimento das declarações de nascidos vivos ao longo do período estudado em Maranguape – CE, expressada pelo decréscimo nos percentuais dos valores ignorados das variáveis estudadas. Assim, o SINASC permitiu uma análise mais real das condições de nascimento no município, reafirmando-se como um instrumento oficial de extrema importância para a análise da situação dos nascimentos e dos partos, bem como das características maternas e dos recém-nascidos, garantindo o acompanhamento do perfil da população materno-infantil^{2,11,12}.

O peso ao nascer constitui uma das principais variáveis preditoras da sobrevivência infantil que, quando inferior a 2.500g é considerado um dos principais determinantes da mortalidade neonatal e da morbidade infantil^{4,9,11}. As proporções de baixo peso obtidas nesse estudo (média de 4,3%) foram mais baixas do que as encontradas em algumas cidades brasileiras. Em Blumenau, registrou-se em 1994, proporção de 8,7% e em 1997 de 6,8%¹¹. Estudo

realizado em 59 maternidades de 11 países latino-americanos encontrou percentual de baixo peso de 9,2%¹³. No Rio de Janeiro, em 1994 um estudo da base de dados do SINASC registrou proporção de baixo peso ao nascer de 10,1% de nascidos vivos com baixo peso e média de 8,5% nos municípios de Itararé, Marília, Pariquera-Açu, Santo André e São José dos Campos^{4,9}.

A melhora observada na variável peso ao nascer sugere aperfeiçoamento das condições do pré-natal, o que se pode atribuir à ampliação da cobertura pelo Programa Saúde da Família no município de Maranguape, favorecendo o acesso das gestantes ao acompanhamento por parte das equipes, o vínculo com as famílias e a comunidade e o conhecimento mais real das condições de vida dessas pessoas, possibilitando melhor efetividade das ações⁷. Esse cenário permite trabalhar questões diretamente relacionadas à adequada nutrição materna, ao diagnóstico e tratamento das infecções e combate ao tabagismo.

O índice de APGAR representa a escala de risco sobre as condições clínicas do recém-nascido, caracterizando-o e pontuando-o de acordo com a presença da respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos. Os resultados mostraram que o índice de APGAR no primeiro minuto de vida do recém-nascido variou entre quatro a sete, destacando-se a redução das proporções de valores entre 0 a 3, chegando a 0,5% em 2003. Estudo que também tomou por base as informações digitadas no SINASC, em cinco municípios de São Paulo, revelou proporções de 2,3% para o índice de APGAR entre valores de 0 a 3⁴. Percebe-se, portanto, que o município de Maranguape tem conseguido melhorar as condições de nascimento, podendo desencadear novos estudos para evidenciar relação de dependência ou não com melhores condições maternas e fetais na pré-concepção, na gestação e qualidade na assistência ao parto.

A duração da gestação em semanas é um dos parâmetros determinantes do crescimento intra-uterino. Essa variável foi estratificada nesse estudo em menos de 37 semanas para caracterizar os nascimentos pré-termo, registrando redução progressiva nas proporções de parto pre-

maturado (4,1% em 2000 para 1,4% em 2003). A proporção de nascimentos pré-termo foi inferior aos de cinco cidades do Estado de São Paulo, dentre as quais apenas uma delas apresentou proporção de 5%, enquanto nas demais cidades o valor percentual ficou entre 8,1% e 9,8% alcançando média de 8,5%⁴. Acredita-se que o baixo índice de prematuridade esteja relacionado à cobertura do SINASC do município em estudo que apresentou decréscimo sucessivo nos anos de 2000 a 2003, mostrando os seguintes percentuais de cobertura, respectivamente: 100%, 99%, 86% e 73% no último ano. A média de cobertura nos quatro anos em estudo foi de 89,5%.

O tipo de parto caracterizou a prática obstétrica desenvolvida na maioria dos hospitais do país. O Brasil ocupa lugar de destaque na realização de partos cirúrgicos, alcançando em 1996, proporção de 36%, quando é esperado e aceitável valor percentual em torno de 20%⁹.

Identificou-se discreto aumento na proporção de partos cesarianos ao longo dos anos analisados, registrando 30% em 2000 e 31,2% em 2003. No Rio de Janeiro, em 1994, dados do SINASC registraram proporção de 44,7% de partos cirúrgicos. Em Blumenau, entre 1994 e 1997, a média registrada foi de 41,7% e em 1992, as cidades de Itararé e Pariqueira-Açu, municípios com maior predominância de área rural, registraram 31,3% e 31,7%, respectivamente^{4,9,11}. Portanto, faz-se necessário reavaliar a prática do parto cirúrgico no sentido de reduzir a sua frequência no município de Maranguape, uma vez que o parto cesariano aumenta a mortalidade materna em até 12 vezes e a morbidade materna de 7 a 20 vezes, provocando o dobro da permanência hospitalar, aumentando a incidência de problemas respiratórios no recém-nascido e aumentando a mortalidade neonatal¹⁴.

O declínio na proporção de nascidos vivos cujas mães não realizaram nenhuma consulta de pré-natal foi perceptível, passando de 2,3% em 2000 para 1,1% em 2003. Na cidade de Blumenau, em 1997 a proporção de mães sem consulta de pré-natal concentrou-se entre 0,6% e 4,0%, variando de acordo com o bairro de residência¹¹. Este achado é comum em nível nacional, quando se afirma que a partir do lançamento do PSF as consultas de pré-natal quadruplicaram em todo o país, o que demonstra uma tendência de universalidade da atenção pré-natal¹⁵.

A multiparidade é apontada como fator de alto risco de morte do recém-nascido. Dos nascimentos registrados no SINASC de Maranguape, em 2001 e em 2003, 1,0% e 0,7% respectivamente, foram de múltiparas. Tais resultados são inferiores aos encontrados em estudos de cinco cidades de São Paulo, cujos percentuais alcançaram valores mínimos e máximos de 0,9% e 2,1% de nascimentos em múltiparas⁴. Apesar do baixo percentual, esse risco reprodutivo poderá ser amenizado por meio da melhoria do nível de escolaridade das mulheres, bem como pelo seu acesso a um serviço de planejamento familiar de qualidade.

A idade materna, utilizada em larga escala em estudos demográficos e epidemiológicos, constitui-se em importante fator de risco para o baixo peso ao nascer, sendo determinante de morbidade e mortalidade infantil, particularmente entre adolescentes com menos de 20 anos e entre mães com 35 anos e mais^{4,9}. A faixa etária predominante encontrada nesse estudo, compreendeu mães entre 21 e 30 anos, porém observaram-se proporções elevadas de mães adolescentes (entre 10 a 20 anos). Estudo realizado em uma região do Estado do Ceará, envolvendo oito municípios, encontrou que 23,4% das gestantes eram menores de 20 anos e em um deles, este percentual foi de 59,3%¹⁵.

Nesse contexto, a gestação precoce se mostrou um problema a ser enfrentado configurando-se, pois em questão desafiadora para o país. A Secretaria da Saúde do Ceará (SESCE) e o Ministério da Saúde do Brasil sinalizam com a ampliação de serviços especializados para o atendimento deste grupo populacional, a incluir cuidados multiprofissionais e interdisciplinares, na perspectiva da assistência integral, tendo a família e a escola como grandes parceiros¹⁶.

Mostrou-se elevada a proporção de nascidos vivos cujas mães não possuíam nenhuma escolaridade (4,8% em 2000 e 5,5% em 2003). Esse baixo nível de escolaridade é comum à boa parte das mulheres do Ceará, dado afirmado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao demonstrar que 26,54% das pessoas de 15 anos ou mais de idade são analfabetas, ou seja, não sabem ler e escrever um bilhete simples¹⁰. Neste sentido, sendo a criança um ser que tem relações de dependências diretas com a mãe, é impossível desvincular a redução da mortalidade infantil de ações que promovam a autonomia materna, o que se estabelece pela melhoria do nível de escolaridade das mães.

CONCLUSÕES

A partir dos resultados apresentados nesse estudo, conclui-se que no município de Maranguape – CE, para o período de 2000 a 2003, o perfil dos nascidos vivos apresentou-se da seguinte maneira: predominou idade materna entre 21 e 30 anos; instrução da mãe entre 4 e 11 anos de estudo; verificou-se aumento no percentual de mães solteiras; o índice de APGAR variou de 4 a 7 pontos; o peso ao nascer entre 2.500g e 3.999g, com redução no percentual de baixo peso ao nascer; o número de gestação única preponderou; aumentou o número de consultas pré-natal; houve redução de nascimentos prematuros; aumentou o percentual de parto cesariano.

A análise dos dados do SINASC proporcionou o estabelecimento do perfil dos nascidos vivos do universo estudado, favorecendo o planejamento e o desenvolvimento de ações estratégicas em nível municipal, voltadas para a melhoria das condições de saúde materno-infantil. As informações geradas são fundamentais ao processo de tomada de decisão a respeito do enfrentamento dos problemas, cabendo ao gestor municipal da saúde, disseminá-las entre os membros da equipe de saúde e lideranças comunitárias, de maneira estratégica, para determinação conjunta de prioridades e metas, somando esforços e assumindo responsabilidades para o alcance.

Sendo o SINASC um sistema de abrangência nacional com implantação no âmbito de cada município, destaca-se a importância de sua utilização sistemática como parâmetro normativo para o planejamento e avaliação das ações de saúde. Em geral, há uma preocupação maior voltada para a alimentação do sistema, no sentido de reduzir os campos ignorados, por exemplo. Todavia, as informações geradas precisam estar disponibilizadas e ao alcance de todos. As dificuldades com relação à alimentação do sistema podem ser superadas por meio de supervisão e monitoramento do processo, o que vem ocorrendo sistematicamente no município estudado.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Maranguape-CE, por reconhecer a importância do estudo para o planeja-

mento e avaliação das ações locais de saúde, apoiando por meio da disponibilidade das informações necessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva AAM, Ribeiro VS, Borba Júnior AF, Coimbra LC, Silva RA. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:508-14.
2. Theme Filha MM, Gama SGN, Cunha CB. Confiabilidade do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos hospitalares no município do Rio de Janeiro, 1999 a 2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:83-91.
4. Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD, Sobol MLMS, Almeida ME, Latorre MRDO. Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatística de Saúde. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(supl. 6):1- 46.
5. Velasco VIP. Estudo epidemiológico das gestantes adolescentes de Niterói [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
6. Mishima FC, Scochi CGS, Ferro MAR. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:387-95.
7. Vasconcelos AC, Moura ERE. Percepção do papel desempenhado pela enfermeira de um PSF, segundo a ótica do usuário. *Rev RENE* 2003; 4(1): 9-16.
8. Ministério da Saúde(BR). Manual de procedimentos do sistema de informação sobre nascidos vivos. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2001.
9. D'Orsi E, Carvalho MS. Perfil de nascimentos no município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:367-79.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados populacionais 2000 [on line] [Acesso 2004 julho 16]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
11. Helena ETS, Wisbeck J. Implantação do SINASC e perfil dos nascidos vivos de Blumenau, 1994-1997. *IESUS* 1998; 7: 35-42.
12. Rodrigues C. Perfil dos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte 1992-1994. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:53-7.

13. Schwarcz D, Diaz AG, Fescina R, Rosello JLD, Belitzky R, Martell M. Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal em maternidade da América Latina. In: Organización Panamericana de la Salud. Salud materno-infantil y atención primaria en las Américas. México; 1984. p. 105-17. (Publicación Científica, 461).
14. Câmara MFB, Medeiros M, Barbosa MA. Rev Eletrônica Enf [periódico on line] 2000; [Acesso 2004 mar 22]; 2(1). Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.
15. Moura ERE, Holanda Júnior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará – Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 19(6):1791-9.
16. Secretaria da Saúde do Ceará (SES-CE). Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária. 2ª. ed. Fortaleza, 2000.

RECEBIDO: 25/09/06

ACEITO: 15/01/07