



DELINEAMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS

OUTLINING THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PUERPERAL WOMEN AND NEWBORN INFANTS

DISEÑO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS Y RECIÉN NACIDOS Laura Helena Gerber Franciscatto¹, Marília Della Pasqua², Greici Kelli Tolotti³, Caroline Rossetto⁴, Carla Argent⁵, Jaqueline Marafon Pinheiro⁶

RESUMO

Objetivo: delinear o perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. **Método:** trata-se de estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa, realizado em município do norte do Rio Grande do Sul, cujo ambiente de pesquisa foi o Setor de Projetos e Digitação da Secretaria Municipal de Saúde. Foram analisadas as declarações de nascido vivo (DNs) dos recém-nascidos, que também contêm dados relativos às puérperas, que residem tanto na zona urbana como na rural. Os dados referem-se ao período de 1º de janeiro de 2008 a 1º de janeiro de 2010, totalizando 556 DNs. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), sob o CAEE n. 011-12HPB. **Resultados:** a região apresenta como características um número adequado de consultas pré-natais, alto índice de partos cesarianos e prevalência de mães do lar. **Conclusão:** este estudo almeja contribuir para aprimorar o planejamento do cuidado no âmbito da saúde materno-infantil. **Descritores:** Epidemiologia; Período Pós-Parto; Puérpera; Recém-Nascido.

ABSTRACT

Objective: outline the epidemiological profile of puerperal women and newborn infants. **Method:** this is an epidemiological, descriptive, retrospective, and documentary study, with a quantitative approach, carried out in a town in northern Rio Grande do Sul, Brazil, whose research environment was the Sector of Projects and Typing of the Municipal Health Council. We analyzed the live birth certificates (LBCs) of newborn infants, which also contain data related to the puerperal women, who live both in the urban and rural areas. Data refer to the period from January 1, 2008, to January 1, 2010, totaling 556 LBCs. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Integrated Regional University of High Uruguay and Missions (URI), under the CAEE 011-12HPB. **Results:** the region has characteristics such as an adequate number of prenatal care consultations, high rate of caesarean sections, and prevalence of housewife mothers. **Conclusion:** this study aims to contribute to improve care planning within the maternal and child health field. **Descriptors:** Epidemiology; Postpartum Period; Puerperal Woman; Newborn Infant.

RESUMEN

Objetivo: diseñar el perfil epidemiológico de puérperas y recién nacidos. **Método:** esto es un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo y documental, con abordaje cuantitativo, realizado en un municipio del norte de Rio Grande do Sul, Brasil, cuyo ambiente de investigación fue el Sector de Proyectos y Digitación de la Secretaría Municipal de Salud. Se analizaron los certificados de nacido vivo (CNVs) de los recién nacidos, que también contienen datos acerca de las puérperas, que residen tanto en la zona urbana como en la rural. Los datos se refieren al período del 1 de enero de 2008 al 1 de enero de 2010, con un total de 556 CNVs. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y de las Misiones (URI), bajo el CAEE 011-12HPB. **Resultados:** la región tiene características como un número adecuado de consultas prenatales de control, elevada tasa de operaciones cesáreas y prevalencia de madres amas de casa. **Conclusión:** este estudio tiene como objetivo contribuir a mejorar la planificación de la atención en el ámbito de la salud materna e infantil. **Descriptores:** Epidemiología; Período De Postparto; Puérpera; Recién Nacido.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus Frederico Westphalen Frederico Westphalen (RS), Brasil. Email: laura@uri.edu.br; ²Enfermeira Assistencial, Unidade Básica de Saúde/UBS. Frederico Westphalen (RS), Brasil. Email: marilia.dp@hotmail.com; ³Graduanda em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões/URI. Frederico Westphalen (RS), Brasil. E-mail: greici_kellitolotti@hotmail.com; ⁴Graduanda em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões/URI. Frederico Westphalen (RS), Brasil. E-mail: rossettocarol@yahoo.com; ⁵Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus Frederico Westphalen. Frederico Westphalen (RS), Brasil. Email: carlaa@uri.edu.br; ⁶Enfermeira, Mestranda em Educação, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões/URI. Supervisora na URI. Frederico Westphalen (RS), Brasil E-mail: jaquemarafon@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Para que se possa traçar o perfil epidemiológico de puérperas e seus recém-nascidos, deve-se compreender em que contexto esse período ocorre, pois nele observamos inúmeras mudanças, não somente biológicos, mas também de ordem psicoemocional. O puerpério é o período em que o organismo da mulher retorna à situação do estado pré-gravídico e tem seu início na primeira hora após a saída da placenta; seu término é imprevisível, uma vez que se relaciona com o processo de amamentação.¹⁻²

A caracterização do perfil epidemiológico da puérpera e de seu recém-nascido constitui um instrumento para a obtenção de dados que possam auxiliar no planejamento de ações para proporcionar melhorias na qualidade da atenção destinada a esse grupo social. Diante das inúmeras variáveis que interferem no processo saúde-doença, o entendimento da epidemiologia, em determinada população a ser estudada, propicia um cuidado de maior integralidade. Conceituar epidemiologia requer conhecimento, pois se trata de uma temática dinâmica e seu objetivo é complexo, dessa forma. define-se epidemiologia como: uma ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação das doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, gerenciamento e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção da saúde.³

A Associação Internacional de Epidemiologia utiliza em seus estudos epidemiológicos três etapas de análise e procura descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas, bem como proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, podendo, assim, estabelecer prioridades de estudo e identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades.⁴

O cuidar é “vivenciado como um processo que envolve uma rede de instituições e serviços, de forma a obter impacto sobre as diversas circunstâncias do processo de viver e se desenvolver do recém-nascido e da puérpera”.⁵ Trata-se de um fazer, um pensar integrado do serviço e da equipe, e não somente a tarefa de um profissional ou de uma categoria isolada.

O estado de saúde da puérpera e do recém-nascido é inquestionavelmente dependente do acompanhamento e cuidado demandado durante o período gestacional. Portanto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que, por meio do agente comunitário de saúde (ACS), desenvolve a prevenção e a promoção da saúde em diferentes locais, e também a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que está inserida na comunidade, fortalecendo, assim, essa corrente de ações, facilitando e intensificando o cuidado à gestante e o acompanhamento por toda a equipe de saúde, diminuindo complicações pré e pós-parto para a puérpera e o recém-nascido.⁶

Para oferecer um atendimento de qualidade à gestante, ao recém-nascido e à puérpera, é fundamental que o profissional de enfermagem utilize dados sobre esses pacientes, para posteriores análises e planejamento de ações, e, para isso, pode-se utilizar a declaração de nascido vivo (DNV) e o Sistema de Informação sobre Recém-Nascidos Vivos (Sinasc), onde haverá dados de grande relevância referentes à puérpera (gestação e parto) e sobre as primeiras horas de vida do recém-nascido.

O Sinasc tem como instrumento a DNV, que contém algumas informações sociodemográficas sobre as mães, além de outras variáveis relacionadas à gestação, parto e condições dos nascidos vivos, possibilitando conhecer o perfil epidemiológico de condições maternas e infantis em diferentes localidades e possibilitando ao sistema de saúde viabilizar políticas e ações voltadas às reais necessidades e demandas de cada grupo populacional.⁷

O Sinasc visa a reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Tem como benefícios subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, o acompanhamento da evolução das séries históricas do Sinasc permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.⁸

Com todos os dados referentes ao recém-nascido e a puérpera se estabelece um elo de pesquisa e de informações relativo ao período gestacional, bem como a maternidade, o nascimento, o momento do parto, o puerpério imediato, podendo, assim, garantir a atenção imediata ao recém-nascido, visando ao atendimento de qualidade e humanizado, pois, todas as informações são relevantes e

necessitam ser estudadas e apresentadas à população que utiliza os serviços de saúde.

O conhecimento sobre as questões básicas de saúde, desse grupo em especial, merece a devida atenção pelos profissionais da enfermagem, pois é um período determinante para a vida dos envolvidos, e o acompanhamento e a intervenção precoce diminuem possíveis complicações. Este estudo contribui para a construção do perfil epidemiológico da população de puérperas e recém-nascidos no Brasil, em especial no norte do estado do Rio Grande do Sul.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo delinear o perfil epidemiológico de puérperas e seus recém-nascidos.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, epidemiológico, retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido em um município localizado no norte do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como ambiente de pesquisa o Setor de Projetos e Digitação da Secretaria Municipal de Saúde. Esta pesquisa foi realizada no período do 2º semestre de 2011 ao 1º semestre de 2012. Foram analisadas as DNVs dos recém-nascidos, contendo também dados referentes às puérperas, que residem na zona urbana e rural do referido município em estudo; foram analisados dados referentes ao período de 1º de janeiro de 2008 a 1º de janeiro de 2010, totalizando 556 DNVs.

A seleção das variáveis escolhidas para a análise foi categorizadas em dois grupos:

- Características sociodemográficas, reprodutivas e clínicas da mãe: idade da mãe (em anos completos); estado civil (casada ou solteira); paridade; número de consultas pré-natais realizadas; tipo de parto (vaginal ou cesáreo); e profissão.
- Características clínicas do recém-nascido: peso ao nascer ($\leq$ 2.500 kg; 2.501-2.999 kg; $\geq$ 3.999 kg, correspondente a pequeno para a idade gestacional, adequado para a idade gestacional e grande para a idade gestacional); índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida (0-6; 7-8; 9-10); idade gestacional ($<$ 37 semanas de gestação; 37-42 semanas de gestação; $\geq$ 42 semanas de gestação, correspondente a pré-termo, a termo e pós-termo); perímetro cefálico; perímetro torácico; malformações evidenciadas (sim; não); e comprimento.

Os dados foram coletados das DNVs, que são encaminhadas mensalmente pelo enfermeiro responsável da maternidade do hospital do município, sendo entregues ao responsável pela alimentação do Sinasc. A coleta de dados foi realizada utilizando um formulário padronizado e os dados foram transferidos para uma planilha eletrônica no programa *Microsoft Excel*, 2000.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), sob CAEE n. 011-12HPB.

RESULTADOS

Para a realização da pesquisa foi utilizada uma amostra de 556 DNVs e todas as puérperas e recém-nascidos residiam no município em estudo. Todas as DNVs foram analisadas, mesmo as que não estavam completamente preenchidas. As DNVs, na maioria das vezes, foram preenchidas por profissionais da saúde, dentre eles, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Das 556 DNVs avaliadas, 38% não estavam devidamente preenchidas e 62% devidamente preenchidas.

Na verificação dos dados, observou-se que a idade materna teve uma grande variação, 61,87% encontravam-se na faixa etária de 21 a 34 anos. Puérperas $<$ 20 anos apresentaram a porcentagem de 23,93% e a faixa etária que menor porcentagem obteve foi $>$ 35 anos, com 13,30%. A menor idade analisada no estudo na qual se desenvolveu a gestação foi 13 anos e a maior idade foi 42 anos.

Quanto à escolaridade materna, os dados observados mostram que 3,59% das mulheres possuíam de 1 a 3 anos de estudo, 33,63% possuíam de 4 a 7 anos de estudo e 39,38% possuíam de 8 a 11 anos de estudo; observou-se, ainda, que 24,48% possuíam $\geq$ 12 anos ou mais de estudo e 1,07% dos dados não foram especificados.

Foi demonstrada uma variedade de ocupações das mães participantes da pesquisa; 9% são agricultoras, 2,87% são secretárias, 2,87% são vendedoras, 12% são domésticas, 2,87% são auxiliares de produção, 5,39% são professoras, 43,70% são mulheres do lar, 5,75% são estudantes, 16,18% exercem outras funções e 8,99% das DNVs não estavam especificadas quanto a esse item.

Em relação ao estado civil das mulheres, pôde-se observar que 50,35% eram solteiras, já 46,76% estavam casadas, 0,35% eram viúvas e outros dados, como as separadas e as não especificadas, totalizaram 2,51%.

Quanto ao número de consultas pré-natais, 83,81% realizaram ≥ 7 consultas e 14,56% realizaram 4 a 6 consultas. Em relação às semanas gestacionais, foram identificados 5,40% entre 22 e 36 semanas. Já a maioria das gestantes obteve 94,60% entre 37 a 42 semanas gestacionais.

No que se refere aos dados sobre o tipo de parto, foi evidenciado que partos cesariana representaram a grande maioria (67%) se comparados aos por via vaginal (32,5%).

Em termos de nascimento de outros filhos vivos das mulheres participantes da pesquisa, obteve-se uma média de 1,07 filhos vivos por mulher, já em relação à média de abortos em gestações anteriores, obteve-se uma média de 0,13 abortos por mulher.

Em relação à cor declarada pelas puérperas, 91% apontaram ser brancas, já 0,5% declararam-se negras e 0,5% declararam-se pardas. Também foi observado que 8% das DNVs não foram devidamente preenchidas em relação à cor da mãe.

A porcentagem de recém-nascidos com peso ≤ 2.500 kg foi 7,91%, já a de recém-nascidos entre 2.501 a 2.999 Kg foi de 87,05%, e a recém-nascidos com peso ≥ 3.999 Kg foi de 4,13%.

Em relação ao índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, verificou-se que 73,56% obtiveram 9 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente, e 26,44% obtiveram 10 e 10 no 1º e 5º minutos de vida, respectivamente.

Quanto às malformações congênitas, 80,21% não apresentaram nenhuma evidência de malformação, já em 1,97% foi evidenciado alguma malformação congênita e em 18,34% dos casos as DNVs não foram preenchidas.

Em termos do perímetro cefálico dos recém-nascidos, constataram-se variáveis diferenciadas, a maior porcentagem foi de 60% com medida cefálica entre 31 e 35 cm, já 27 a 30 cm foi a menor porcentagem, correspondendo a 1%, outra porcentagem observada foi 18% nas variáveis 36 a 39 cm, e também se obteve 21% de DNVs sem o preenchimento do perímetro cefálico do recém-nascido.

Na verificação do perímetro torácico, a maior porcentagem foi 63%, observada na variável de 31 a 35 cm, a segunda maior porcentagem foi 11%, na variável 24 a 30 cm, e 6% foi a menor porcentagem, entre 36 e 38 cm, e 20% não foram especificadas nas DNVs.

Em relação ao comprimento dos recém-nascidos, a maior porcentagem encontrada foi 65% na variável entre 46 e 50 cm, já a segunda maior porcentagem foi 10% na variável 51 a 55 cm, também se obteve 6%

referente às variáveis 41 a 45 cm, e 18% não constavam nas DNVs.

DISCUSSÃO

Sabe-se que a DNV é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, preenchido em todo o território nacional, para todas as crianças nascidas vivas, imprescindível para o registro civil, onde serve de fonte de dados para posterior análise da situação da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, que permitem a realização de estudos de epidemiologia descritiva, destacando que o correto preenchimento do instrumento contribui para o aperfeiçoamento das fontes de dados sobre natalidade e sobre mortalidade, bem como das estimativas sociodemográficas.⁹ Em um estudo, constatou-se que houve dificuldades no ciclo de produção de informação, nas etapas de coleta de dados, identificando-se campos com conteúdo ignorado ou não preenchido; também foram identificados problemas na transmissão dos registros aos sistemas de informação.¹⁰

Esse estudo vem ao encontro desta pesquisa, pois grande porcentagem (38%) dos dados não estavam preenchidos ou eram ignorados pelo profissional que preencheu o formulário. No estudo proposto, observou-se que a maior prevalência de idade materna foi entre 21 e 34 anos, seguida por mulheres < 20 anos e depois por mulheres > 35 anos. Cabe ressaltar que a idade materna está diretamente correlacionada com desenvolvimento da gestação.

Sob essa mesma perspectiva, podemos observar que em um estudo realizado na cidade de Aracajú (SE) foi demonstrado que prevaleceu a faixa etária de 20 a 36 anos, seguida por mulheres < 19 anos e mulheres > 36 anos; nesse sentido, o mesmo autor diz que quanto mais precoce for a gravidez, ou mais tardia, maiores são os riscos para possíveis complicações na gravidez, parto e período perinatal.¹¹

A gravidez na adolescência é um fato que tem ocorrido de maneira expressiva em nossa sociedade. No Brasil, todos os anos, cerca de 1 milhão de adolescentes entre 10 e 19 anos passam por esse período, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos no país.¹²

O maior nível de escolaridade correspondeu às mulheres que estudaram de 8 a 11 anos (39,38%), e a escolaridade pode ser vista como um indicador de condição social. Um maior grau de instrução facilita o acesso a emprego e, consequentemente, a condições socioeconômicas mais favoráveis.¹¹

No Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco elaborado pelo Ministério da Saúde, em um dos itens referente aos fatores de risco na gravidez, destaca-se a escolaridade baixa, ou seja, < 5 anos de estudo regular. Nesta pesquisa, observou-se que 33,63% das mulheres estudaram de 4 a 7 anos, indicando que uma parcela da amostra analisada se enquadra em situação de risco.¹³

Diante disso, no estudo proposto, observou-se que a maioria das mulheres participantes da pesquisa tinha funções diferenciadas, mas uma grande proporção era de mulheres do lar. Em um estudo são demonstrados dados semelhantes “no item profissão, 70% delas (175) não possuem profissões estáveis, ou seja, descrevem ser do lar. Somente 30% (76) possuem profissões definidas registradas em carteira”.¹⁴

Quanto ao estado civil, os dados obtidos sobre as mães solteiras foram 50,35%, e sobre as mães casadas foram 46,76%, evidenciando um percentual elevado no que se refere às mães solteiras. A situação conjugal insegura é um aspecto relevante, pois, além da diminuição de apoio psicológico, a ausência do pai, geralmente, traz menor estabilidade econômica e pode constituir um fator de risco.¹³

Referente ao número de consultas, a maior porcentagem de mulheres (83,81%) realizaram ≥ 7 consultas de pré-natal, um dado de grande significância, pois demonstra a importância atribuída pela população de mulheres gestantes, atentando para possíveis complicações decorrentes do puerpério e, principalmente do período gestacional.

Em âmbito nacional, observa-se que a proporção de gestantes que fizeram ≥ 7 consultas pré-natais aumentou de 46% em 2000 para 61% em 2010, com importantes diferenças regionais: 75,5% no Sul e 37% no Norte. Devendo ser observado um número mínimo de 6 consultas para atingir boa qualidade durante o período gestacional, proporcionando condições ideais aos períodos seguintes do ciclo gravídico.¹⁵

Grande porcentagem das mulheres (94,60%) desenvolveu sua gestação de 37 a 42 semanas, demonstrando que a maioria levou a gestação a um período favorável ao desenvolvimento fetal. É importante observar que as semanas de gestação estão diretamente relacionadas a outros fatores do desenvolvimento fetal e, conforme o número de semanas de gestação vai progredindo, diminui a possibilidade de complicações maternas e do recém-nascido; uma variável que está diretamente relacionada ao baixo peso ao nascer é o tempo de duração da gestação. Em geral, a prematuridade está associada ao baixo peso e,

quando a gestação dura ≤ 22 semanas, o peso ao nascer é extremamente baixo.¹⁶

Em relação ao tipo de parto, na cidade de Caxias do Sul (RS), um estudo demonstrou que 20,1% dos partos foram realizados por cesariana.¹⁷ Em contrapartida, em nossa pesquisa foi evidenciado que a maioria das mulheres (67%) realizou parto cesariana, em discordância com o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza, sendo ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%. No entanto, o que se tem observado são taxas universais, em geral, superiores até em países considerados desenvolvidos.¹⁸⁻¹⁹

Referente à média de filhos nascidos vivos, obteve-se a média de 1,07 filhos por mulher e a média de abortos foi de 0,13 por mulher. Isso demonstra concordância com o índice nacional, onde a fecundidade materna diminuiu bastante, e, em comparação com o número de nascimentos de crianças, a média de aborto é consideravelmente baixa.

Cabe ressaltar que um estudo realizado pelo Ministério da Saúde obteve dados que vêm ao encontro de nossa pesquisa, pois nas últimas três décadas houve grande queda da taxa de fecundidade, número médio de filhos nascidos vivos por mulher, no país, de 4,3 em 1980 para 1,8 em 2006, variando entre 2,3 filhos no Norte e 1,7 filhos no Sul e no Sudeste. Isso gera uma situação de grave desigualdade no país; enquanto as mulheres > 12 anos de estudo têm, em média, 1 filho, as mães sem instrução têm 4,2 filhos.¹⁵

A cor mais declarada pelas mães foi a branca e isso deve-se a uma realidade local, pois os grupos étnicos do norte do Rio Grande do Sul e ao município em estudo pertencem, em sua maioria, a culturas com predomínio da cor branca. Mais de 85% da população do município em estudo são de etnias italiana, alemã, polonesa, luso-brasileira, entre outras, com características semelhantes.²⁰

Na pesquisa, o baixo peso dos recém-nascidos foi um dado pouco observável, pois, ao ser analisadas as 556 DNVs, obteve-se 7,91% de recém-nascidos com baixo peso.

No Brasil, 7,2% dos nascidos vivos foram pré-termo em 2010, variando entre 5,6% e 8,2% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,8% foram a termo. O baixo peso ao nascer (< 2.500 kg) é o fator de risco isolado mais importante de mortalidade infantil.¹⁵

Ao observar o índice de Apgar analisado no 1º e 5º minutos de vida, foi encontrado na pesquisa o índice de 9-9 a 10-10, respectivamente.

A avaliação clínica do recém-nascido foi proposta por Virginia Apgar em 1953 e 1958, tendo sido muito útil no julgamento da necessidade de sua ressuscitação, quando aplicada com 1 minuto de vida e novamente com 5 minutos.²¹⁻²²

Os três resultados obtidos na pesquisa, escore de Apgar, peso ao nascer e idade gestacional, estão altamente associados à sobrevivência do recém-nascido e melhor desenvolvimento, isso porque, a combinação desses três fatores, quando dentro dos parâmetros considerados normais, demonstra um bom indicador epidemiológico encontrado na pesquisa.

Cabe ressaltar que, no decorrer da pesquisa, no item referente às malformações, somente 1,97% dos recém-nascidos apresentaram alguma malformação, sendo elas microcefalia, encefalocele, múltiplas genitálias e, também, múltiplas mãos e pés, protuberância na parte anterior do canal auditivo, malformação da face, hiperplasia da mandíbula, desproporção de crânio, e grande maioria dos recém-nascidos (80,21%) não apresentaram nenhuma malformação; salienta-se que os dados apresentados na pesquisa, referentes aos tipos de malformações, estavam preenchidos nas DNVs da mesma forma que estão apresentados no estudo.

Aproximadamente 3 milhões de nascimentos ocorrem ao ano no Brasil, e estima-se que ao menos 60 mil recém-nascidos são portadores de alguma malformação. É um dado que consta nas DNVs e, muitas vezes, os profissionais não dão a devida importância para o preenchimento desse dado, pois as mais graves levam a perdas fetais, enquanto outras são de difícil diagnóstico e podem não ser percebidas no momento do nascimento.²³

Diversos estudos constatarem negligências no preenchimento correto das DNVs quanto às malformações congênitas, falha relacionada à falta de qualificação profissional.²⁴

Em relação às medidas do perímetro cefálico, do perímetro torácico e da estatura dos recém-nascidos, foram encontrados: perímetro cefálico de 31 a 35 cm, cuja média foi de 34,3 cm; cabe ressaltar que a medida do perímetro cefálico é de grande importância, pois pode indicar precocemente anomalias que se associam a macrocrania ou microcrania.

Como relata o Ministério da Saúde, a medição do perímetro da cabeça é importante para avaliar o tamanho da cabeça e do cérebro; estudos do National Center for

Health Statistics de 1977 descrevem que os recém-nascidos a termo têm de 33 cm a 36 cm ao nascer.²⁵

Já em relação ao perímetro torácico, constatou-se de 31 cm a 35 cm, com média de 32,7. Referente à estatura dos recém-nascidos, a maior foi de 46 cm a 50 cm. A grande maioria dos dados não foi devidamente especificada nas DNVs, o que se torna um fator desfavorável ao estudo.

Ao ocorrer o nascimento do recém-nascido dentro da unidade hospitalar, é de rotina verificar as medidas antropométricas, visando à detecção precoce de anomalias e seu tratamento, além de avaliação do prognóstico. Devido a objetivos tão importantes, elas devem ser corretamente aferidas.²⁶

CONCLUSÃO

Pôde-se observar que o número de consultas pré-natais se caracteriza como uma realidade particular do Sul do Brasil, pois é a região onde se tem os maiores índices de consultas, comparados às demais regiões. Trata-se de um dado de grande significância, pois demonstra uma maior adesão ao pré-natal por parte das gestantes e uma maior sensibilização da população. Dessa forma, há menores chances de haver complicações durante o período gestacional e pós-parto, tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido. No entanto, outro dado que caracteriza a região Sul é relacionado ao tipo de parto, com maior índice de partos por cesariana, um dado em discordância com o que é preconizado pela OMS.

Este estudo traçou o perfil epidemiológico da população, contribuindo, assim, para o planejamento e a tomada de decisões visando à melhoria do serviço prestado e constituindo fonte de dados para futuros estudos no âmbito da saúde materno-infantil. Para tanto, é imprescindível que os profissionais incumbidos do preenchimento das DNVs estejam devidamente capacitados e que deem a devida atenção para o correto preenchimento dos dados; três deles (escore de Apgar, peso ao nascer e idade gestacional) estão altamente associados à sobrevivência do recém-nascido e melhor desenvolvimento. Da mesma forma, para que se possa ter um conhecimento do perfil epidemiológico materno-infantil e planejar de acordo com a realidade nas diferentes regiões do país, é necessário que o sistema de informação seja devidamente alimentado e atualizado.

REFERÊNCIAS

1. Souza KV, Cubas MR, Arruda DF, Carvalho PRQ, Carvalho CMG. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 May 16];29(2):175-81. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5532>
2. Ministério da Saúde (Brasil) [Internet]. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 2005.
3. Rouquayrol MZ. Contribuição da epidemiologia. In: Campos, GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond MJ, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 321.
4. Rouquayrol MZ. Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. ed Medici: Rio de Janeiro, 1993.
5. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 26];31(4):701-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400013
6. Bezerra-Filho JG, Kerr-Pontes LRS, Barreto ML. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. *Rev bras saúde matern infant* [Internet]. 2007 [cited 2013 May 17];7(2):135-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/03.pdf>
7. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KASL. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sócio demográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. *J pediatric (Rio J)* [Internet]. 2001 [cited 2012 August 16];vol. 77,nº3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n3/v77n3a15.pdf>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC [Internet]. 2011 [cited 2013 May 17]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379
9. Brasil. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Declaração de Nascido Vivo. Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo [Internet]. 2011 [cited 2013 May 16]. Available from: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/M anual_DN_02fev2011.pdf
10. Barbuscia DM. Rodrigues ALJ. Completude da informação nas declarações de nascido vivo e nas declarações de óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. *Cad saúde pública* [Internet]. 2011 [cited 2012 June 26];27(6):1192-200. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n6/16.pdf>
11. Santana AM, Almeida SMC, Prado LOM. Urgências/Emergências Obstétricas x Assistência ao pré-natal. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 26];p.51. Available from: http://www.unit.br/Publica/2010-1/BS_URGENCIAS.pdf
12. Silva LA, Nakano MAS, Gomes FA, Stefanello J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2009 [cited 2013 June 05];18(1):48-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a06.pdf>
13. Ministério da Saúde (Brasil) [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2012 [cited 2013 May 16]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
14. Ravelli APX. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 May 16];29(1):54-9. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5264/2998>
15. Ministério da Saúde (Brasil) [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para profissionais de saúde - Cuidados gerais. 2012 [cited 2013 May 15];p.14-5. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf
16. Ministério da Saúde (Brasil) [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009 [cited 2013 May 16]. Available from:

Franciscatto LHGr, Pasqua MD, Tolotti GK et al.

Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas...

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm

17. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. Rev gaúch enferm [Internet]. 2010 [cited 2012 June 11];31(4):708-14. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11929>

18. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro FCJ, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luis, Maranhão, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2009 [cited 2013 May 16];25(7):1587-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>

19. Associação Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes e iniciativas em prol do parto normal.

20. Ferigollo WA. Rostos e Rastros no Barril 1954 - 2004. ed Pluma: Frederico Westphalen; 2004.

21. Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2012 [cited 2013 May 15];10(1):22-8. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf

22. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 1953;32(4):260-7.

23. Luquetti DV, Koifman RJ. Qualidade da notificação de anomalias congênitas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): estudo comparativo nos anos 2004 e 2007. Cad saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 June 28];26(9):1756-65. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/09.pdf>

24. Silva RP, Caires BR, Nogueira DA, Moreira DS, Gradim CVC, Leite EPRC. Prematuridade: características maternas e neonatais segundo dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 June 28];7(5):1349-55. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4363/pdf_2507

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Secretária

de Políticas de Saúde [Internet]. 2002 [cited 2013 June 05];40-2. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rescimento_desenvolvimento.pdf.

26. Mota M, Melo A, Burak C, Daltro C, Rodrigues B, Lucena R. Antropometria craniana de recém-nascidos normais. Arquivos de neuro-psiquiatria [Internet]. 2004 [cited 2012 June 17];62(3):626-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000400011

Submissão: 09/09/2013

Aceito: 17/03/2013

Publicado: 01/05/2014

Correspondência

Laura Gerber Franciscatto
Rua Presidente Kennedy, 885 / Ap. 101
Bairro Centro
CEP 98400-000 — Frederico Westphalen (RS),
Brasil