

cadernos
Saúde Coletiva

Catálogo na fonte – Biblioteca do CCS / UFRJ

Cadernos Saúde Coletiva / Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, v.XIV, n.3 (Jul . set 2006).

Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 1987-.

Trimestral

ISSN 1414-462X

1.Saúde Pública - Periódicos. I I.Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ.

PERFIL DE GESTANTES E NASCIDOS VIVOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA: UMA COMPARAÇÃO COM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Profile of pregnant women and live born children in a reference health care unit: a comparison with the city of Rio de Janeiro using the live birth information system and the hospital admittance authorization system

Ávila Teixeira Vidal¹, Camila Aloisio Alves², Cynthia Magluta³

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil das gestantes e dos nascidos vivos atendidas no Instituto Fernandes Figueira (IFF) em comparação com os atendimentos realizados no município do Rio de Janeiro, e analisar se a demanda atendida neste instituto é compatível com o perfil de alta complexidade da unidade no atendimento materno-infantil. Foram analisadas as variáveis referentes à gestação, à gestante e ao recém-nascido obtidas através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIHSUS), em 2003. Foram calculadas as prevalências e razões de prevalências (RP) de cada categoria das variáveis observadas no IFF em relação às demais maternidades que realizam atendimento no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. Em comparação ao município do Rio de Janeiro, o IFF teve uma maior frequência de gestantes entre 41-45 anos (RP=2,5); de gestações pré-termo (RP=6,0); de nascimentos de muito baixo peso (< 1,5kg) (RP=4,5). Com relação à morbidade gestacional, o IFF apresentou um perfil de morbidade associado à assistência à mãe por complicações gestacionais e às malformações fetais. Com relação a alguns fatores sociais, apresentou gestantes com maior nível de escolaridade (RP=1,38) e mais gestantes com companheiro (RP=1,65). Conclui-se que o IFF configura-se um centro de referência materno-infantil, já que atende as gestantes de maior risco, tais quais as de faixas etárias mais críticas e com morbidades de maior complexidade.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde da mulher, assistência perinatal, perfil de saúde, sistemas de informação

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the profile of pregnant women taken care by Instituto Fernandes Figueira (IFF) in comparison to those in the city of Rio de Janeiro, and to assess if IFF complies to the standards required of a high-complexity mother-infant care center. The information related to pregnant women was obtained from the live birth information system (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC) and the hospital admittance authorization system (SIHSUS). Prevalence and prevalence

¹ Residente em Saúde Coletiva - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRJ). E-mail: apispoca@hotmail.com

² Residente em Saúde Coletiva - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRJ).

³ Sanitarista. Médica do Departamento de Planejamento do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

ratios (PR) were used to compare the profile of IFF to the city of Rio de Janeiro. As compared to the city of Rio de Janeiro, the IFF more frequently provided care for 41-45 years old pregnant women (PR= 2.5); had more premature newborn pregnancies (PR=6.0); as well as very low birth weight (PR=4.5). In relation of gestational morbidity, the IFF presented a morbidity profile associated with mother assistance and fetal malformation. In relation of some social factors, IFF more frequently provided care for pregnant women with higher educational level (PR=1.38) and with a partner (PR= 1.65). This study concludes that IFF qualifies as an infant-maternal care referral center, since the majority of cases attended consisted of high risk pregnancies due to critical maternal age and complex kinds of morbidity.

KEY WORDS

Women's health, perinatal care, health profile, information systems

INTRODUÇÃO

O Instituto Fernandes Figueira (IFF) é uma unidade pertencente à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e tem como missão o atendimento de alta complexidade na área da saúde da mulher e da criança. É um centro de referência no cuidado às gestantes e aos bebês de alto risco para a cidade e o estado do Rio de Janeiro, o que o caracteriza por receber pacientes com patologias graves que necessitam de cuidados especiais, utilizando tecnologias avançadas para o tratamento destes. Além disso, é um instituto marcado pela forte presença e desenvolvimento de pesquisas na área de atenção à saúde da mulher e da criança, tornando-se um centro de ensino e formação profissional em saúde.

A meta institucional é ofertar uma assistência acolhedora e de alto padrão de qualidade técnica tendo como população alvo os pacientes de risco, referidos pelas unidades da rede básica e de outros serviços da rede local. Para que essa meta seja alcançada é importante conhecer a clientela para melhor intervir na assistência, no tratamento, adequar os serviços à demanda e melhorar a eficiência da atenção.

Segundo Deslandes (1997), a avaliação de serviços, no campo da Saúde Pública, é tema de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade.

O presente trabalho buscou conhecer melhor o perfil de atendimento do IFF para fornecer ao instituto dados e informações que confirmem sua característica como unidade de referência para atendimento de alta complexidade e, assim, servir como subsídio para futuras avaliações de serviços, para a organização da oferta do sistema de saúde e, finalmente, contribuir para que a assistência fornecida pelo IFF seja acolhedora e de alto padrão de qualidade.

Durante um levantamento de dados realizado através do banco de abertura de prontuários, ocorrido no período de janeiro a junho de 2003 pelo Departamento de Documentação e Informação do IFF, foi observado que o maior número de

atendimentos do IFF (56,5%) é referente a indivíduos residentes no município do Rio de Janeiro. Por este motivo, foi escolhido como base de comparação ao IFF, neste presente estudo, o município do Rio de Janeiro.

Dessa forma, esse artigo traz o resultado de um trabalho que se propôs avaliar o perfil de atendimento das gestantes do Instituto Fernandes Figueira em comparação com os atendimentos prestados pelo município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Esse trabalho foi realizado com base nas declarações de nascidos vivos presentes no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e nos dados referentes às internações presentes na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), tanto do Instituto Fernandes Figueira quanto do município do Rio de Janeiro do ano de 2003.

A partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), foram selecionados os dados referentes às gestantes: idade da mãe (subdividida em intervalos de cinco anos); peso ao nascer (muito baixo – <1,5 kg), baixo – 1,5 a 2,5 kg), insuficiente – 2,5 a 3,5 kg) normal – 3,5 a 4,5 kg e elevado – > 4,5 kg); consultas pré-natal e escolaridade; estado civil (“com companheiro”, agrupando as mulheres casadas e em união consensual, e “sem companheiro” agrupando as mulheres solteiras, viúvas e separadas).

Já os dados referentes às morbidades, primárias e secundárias, relacionadas às gestações foram levantados através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Foram selecionados os dez diagnósticos primários e os dez diagnósticos secundários mais freqüentes.

Todas essas variáveis formam um conjunto de fatores que se relacionam e influenciam as taxas de mortalidade materna e neonatal, funcionando como dispositivos que demonstram como o cuidado, a assistência e a prevenção estão sendo conduzidas junto aos pacientes, refletindo, num âmbito mais global, como as políticas de saúde estão sendo implementadas.

Sendo o SINASC um sistema de informações universal do evento em questão, com cobertura total, é dispensável a realização de testes estatísticos por não se tratar de amostra para o município do Rio de Janeiro.

Apesar do IFF ser uma amostra por conveniência de serviços para gestantes e crianças de alto risco, a não realização de testes estatísticos para este se dá em função do tamanho da amostra: para o município do Rio de Janeiro o n é de 95.938, ou seja, foram 95.938 nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no ano de 2003, número amostral bem mais elevado quando contrastado com o IFF, que é de 866, ou seja foram 866 nascidos vivos no IFF no ano de 2003. Fato que possivelmente acarretaria na significância estatística para todas as variáveis analisadas.

As frequências e razões de prevalência de cada variável estudada e as análises foram calculadas e analisadas através dos programas SPSS e Excel.

RESULTADOS

A partir do SINASC obteve-se o número total de nascidos vivos, tanto no município do Rio de Janeiro, quanto do IFF, que foi respectivamente de 95.938 e 866 nascidos vivos no ano de 2003.

O número total de gestantes que apresentou pelo menos um dos 10 diagnósticos mais frequentes, segundo a AIH, foi de 57.014 para o município do Rio de Janeiro e de 511 para o IFF.

Para a variável *idade da mãe*, foi encontrada uma maior prevalência de gestantes com idades inferiores a 15 anos e superiores a 31 anos no IFF em comparação com o município do Rio de Janeiro (Tabela 1). A partir da razão de prevalência (RP), observou-se que entre as menores de 15 anos a RP foi de 1,61, ou seja, a prevalência de gestantes menores de 15 anos no IFF foi 1,61 vezes maior que no município do Rio de Janeiro. Já para as mulheres de 41 a 45 anos, a RP chegou a ser de 2,5, ou seja, uma prevalência 2,5 vezes maior no IFF.

Com relação à variável *tempo de gestação*, observou-se que o IFF apresentou uma maior prevalência de gestações pré-termo, ou seja, com menos de 37 semanas (32,5%), em relação ao município do Rio de Janeiro (9,6%). Em contrapartida este apresentou uma maior prevalência de gestações a termo (entre 37 e 41 semanas) de 86,50% (Tabela 1). Analisando a RP, observou-se que esta chegou a ser de 6 para as gestações entre 22-27 semanas, ou seja, o IFF apresentou uma prevalência de gestações de pré-termos entre 22-27 semanas 6 vezes maior que o município do Rio de Janeiro.

No IFF, a variável *peso ao nascer* concentrou seus valores nos nascimentos de baixo peso, ou seja, menores que 2,5 kg (Tabela 1). Analisando a RP, observou-se que esta, nos menores de 1,5 kg, chegou a ser aproximadamente 4,5, ou seja, a prevalência de nascimentos de bebês de muito baixo peso no IFF chegou a ser 4,5 vezes maior que no município do Rio de Janeiro.

Com relação à variável *tipo de parto*, observou-se uma alta prevalência de partos cesáreos tanto no IFF (61,5%), quanto no município do Rio de Janeiro (47,2%) (Tabela 1). Quanto à RP, observou-se que esta foi pouco maior que 1 em relação às cesárias, o que demonstrou uma diferença pouco expressiva entre a relação de partos cesáreas do IFF e do município do Rio de Janeiro.

Quanto à variável número de consultas, o IFF apresentou uma prevalência maior entre 1 a 6 consultas (36,3%) em relação ao município do Rio de Janeiro (28,7%) (Tabela 1). No entanto, o município do Rio de Janeiro apresentou uma maior prevalência de nenhuma consulta pré-natal (3,60%).

Tabela 1

Prevalência e razão de prevalência: comparação entre IFF e município do Rio de Janeiro (MRJ).

Variável	IFF (%)		MRJ (%)		Razão de Prevalência
	n	Prevalência	n	Prevalência (%)	
Idade da mãe (Anos)					
<16	37	4,27	2.551	2,66	1,61
16 - 20	140	16,17	20.212	21,06	0,77
21 - 25	192	22,17	26.473	27,59	0,8
26 - 30	172	19,86	22.337	23,28	0,85
31 - 35	169	19,52	15.131	15,77	1,24
36 - 40	116	13,39	7.406	7,72	1,73
41 - 45	37	4,27	1.615	1,68	2,54
≤46	1	0,12	59	0,06	2
Não informado	2	0,23	154	0,16	-
Peso (kg)					
<1,5	75	8,66	1.871	1,95	4,44
1,5 - 2,499	178	25,5	8.486	8,85	2,32
2,5 - 3,499	450	51,96	61.462	64,06	0,81
3,5 - 4,499	137	15,82	23.050	24,03	0,66
≤4,5	5	0,58	558	0,58	1
Não informado	21	2,42	511	0,53	-
Tipo de parto					
Vaginal	328	37,8	50.290	52,4	0,72
Cesáreo	533	61,5	45.286	47,2	1,30
Não informado	5	0,6	288	0,3	-
Consultas (pré-natal)					
Nenhuma	9	1	3.406	3,6	0,28
1 - 3	102	11,8	6.585	6,9	1,71
4 - 6	212	24,5	20.870	21,8	1,12
7 e +	517	59,7	62.170	64,8	0,92
Não informado	14	1,6	774	0,8	-
Ignorado	12	1,4	2.133	2,2	-
Tempo de gestação					
<22	2	0,2	66	0,1	2
22 - 27	27	3,1	494	0,5	6,2
28 - 31	50	5,8	1.102	1,1	5,27
32 - 36	203	23,4	7.626	7,9	2,96
37 - 41	568	65,6	83.017	86,5	0,76
≤42	9	1	673	0,7	1,43
Não informado	6	0,7	889	0,9	-
Ignorado	1	0,1	2.071	2,2	-
Raça					
Branca	205	23,7	50.612	52,75	0,45
Negra	46	5,3	5791	6,03	0,88
Amarela	5	0,6	186	0,19	3,16
Parda	156	1,8	30.303	31,58	0,57
Indígena	1	0,1	157	0,16	0,63
Não informado	453	52,3	8.889	9,26	-
Estado civil					
C/ companheiro	559	64,55	37.556	39,14	1,65
S/ companheiro	292	33,72	56.383	58,77	0,57
Não informado	9	0,69	1.379	1,43	-
Ignorado	6	1,04	620	0,64	-
Escolaridade					
Nenhuma	1	0,12	692	0,79	0,15
1 - 3	23	2,67	4.849	5,51	0,48
4 - 7	272	31,55	26.950	30,63	1,03
8 - 11	448	51,97	33.155	37,69	1,38
≥12	102	11,83	19.982	22,71	0,52
Ignorado	16	1,86	2.346	2,67	-

(SINASC, 2003).

De acordo com a RP, esta foi de 1,71 entre 1-3 consultas, ou seja, o IFF apresentou uma prevalência 1,71 vez maior de 1-3 consultas pré-natal do que o município do Rio de Janeiro.

Observou-se, a partir da variável *raça*, que, tanto no IFF quanto no município do Rio de Janeiro, a maior prevalência foi de mulheres que se auto declararam como brancas: 23,70% e 52,75%, respectivamente (Tabela 1). No entanto, observou-se também uma prevalência elevada (52,30%) de não-informados no IFF.

Para a variável *estado civil*, observou-se no IFF uma maior prevalência de mulheres com companheiro (64,55%). No entanto, no município do Rio de Janeiro, observou-se o contrário: 58,77% das mulheres não possuíam companheiro (Tabela 1). Em relação à RP, esta foi de 1,65 na relação entre as mulheres com companheiro, ou seja, o IFF apresentou uma prevalência 1,65 vez maior de mulheres em situação de conjugalidade do que o município do Rio de Janeiro.

Com relação à *escolaridade*, viu-se que o IFF e o município do Rio de Janeiro apresentaram uma prevalência de 36,2% e 36,93%, respectivamente, de mulheres com baixa escolaridade, ou seja, menos de 8 anos de escolaridade. Pode-se observar que os perfis de escolaridade do IFF e do município do Rio de Janeiro foram semelhantes, ambos apresentaram as maiores concentrações entre 8-11 anos de escolaridade. Contudo, a RP entre estes foi de 1,38 neste intervalo, ou seja, o IFF tem uma prevalência 1,38 vez maior de mulheres com escolaridade entre 8-11 anos em relação ao município do Rio de Janeiro.

A partir da Tabela 2, observou-se que dos 10 diagnósticos principais mais frequentes, o IFF e o município do Rio de Janeiro possuíam cinco *diagnósticos* em comum (em itálico) e em ambos os casos (município do Rio de Janeiro e IFF), na sua maioria, foram diagnósticos que caracterizaram os partos, ou seja, diziam qual o tipo de parto e suas especificações. Pôde-se observar também, tanto no IFF quanto no município do Rio de Janeiro, alguns diagnósticos relacionados a complicações do parto, como a ruptura prematura de membrana, presente em ambos. No entanto, observaram-se no IFF características diferenciais em relação ao diagnóstico principal, pois apresenta complicações gestacionais, como a hipertensão gestacional e a gravidez dupla, e diagnósticos relacionados à malformação fetal, como poli e oligo-hidrânio.

De acordo com a Tabela 3, observou-se que o município do Rio de Janeiro e o IFF possuíam dois diagnósticos secundários em comum (negrito e itálico), ambos relacionados a complicações do parto (ruptura de membrana) e complicações gestacionais (assistência prestada à mãe por isoimunização Rh). No entanto, o município do Rio de Janeiro apresentou, para o diagnóstico secundário características semelhantes às observadas para o diagnóstico primário, ou seja, a caracterização e complicações do parto. Já o IFF apresentou um perfil distinto, sendo caracterizado pela assistência à mãe e por malformação fetal.

Tabela 2

Diagnóstico principal: comparação entre município do Rio de Janeiro e IFF.

Município do Rio de Janeiro	%	Instituto Fernandes Figueira	%
1. Parto espontâneo cefálico	63,10	1. Parto único espontâneo, não especificado	35,42
2. Parto por cesária de emergência	8,79	2. Parto espontâneo cefálico	18,40
3. Parto único espontâneo, não especificado	6,42	3. Ruptura prematura de membrana	12,72
4. Outros tipos de parto único espontâneo	2,60	4. Parto por cesariana eletiva	8,02
5. Parto por cesariana eletiva	2,37	5. Hipertensão materna não especificada	5,87
6. Outros tipos de parto único/cesariana	1,76	6. Outros tipos de parto único espontâneo	5,68
7. Trabalho de parto e partos complicados por outras evidências de sofrimento fetal	1,75	7. Gravidez dupla	3,72
8. Hipertensão Arterial essencial preexistente	1,42	8. Hipertensão Arterial gestacional sem proteinúria significativa	1,96
9. Esterilização (laqueadura)	1,39	9. Poli-hidrânio	1,57
10. Ruptura prematura de membrana	1,02	10. Oligo-hidrânio	0,78
Total	90,63	Total	94,13

(AIH, 2003).

Tabela 3

Diagnóstico secundário: comparação entre município do Rio de Janeiro e IFF.

Município do Rio de Janeiro	%	Instituto Fernandes Figueira	%
1. Criança única, nascida em hospital	7,35	1. Assistência prestada a mãe por má formação do SNC do feto	6,26
2. Parto espontâneo cefálico	1,50	2. Assistência prestada a mãe por anormalidades ou lesões fetais	5,68
3. Parto por cesariana eletiva	0,66	3. Assistência prestada a mãe por isoimunização Rh	5,68
4. Ruptura prematura de membrana	0,52	4. Assistência prestada a mãe por lesão ou anormalidades fetais não especificadas	2,94
5. Pré-eclampsia grave	0,46	5. Assistência prestada a mãe por insuficiência de crescimento fetal	1,96
6. Assistência prestada a mãe por isoimunização Rh	0,35	6. Supervisão de primigesta muito jovem	1,96
7. Hipertensão essencial pré-existente	0,30	7. Ruptura prematura de membrana	1,76
8. Complicações do trabalho de parto e do parto	0,30	8. Assistência prestada a mãe por morte intrauterina	1,76
9. Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal	0,27	9. Gravidez dupla	1,57
10. Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal não especificado	0,23	10. Assistência prestada a mãe por incompetência cervical	1,57
Total	11,95	Total	31,12

DISCUSSÃO

Segundo a OPAS (1990), a maior contribuição à fecundidade provém de mulheres com idade entre 20 anos a 34 anos, sendo que os grupos etários extremos (menores de 20 anos e maiores de 35 anos de idade) constituem grupos de alto risco de mortalidade materna e neonatal.

Além disto, as mulheres mais jovens têm uma maior probabilidade de terem abortos espontâneos e natimortos e as mulheres mais velhas têm uma maior probabilidade de terem bebês com malformação congênita e com alterações no peso (Costa *et al.* 2002).

Friede *et al.* (1987) encontraram um risco de mortalidade dos recém-nascidos de mães adolescentes 1,5 a 3,5 vezes maior do que comparados com aqueles nascidos de mães com idade entre 25 a 29 anos. Logo, o IFF apresenta um perfil de atendimento de gestantes de alto risco, já que assiste em potencial às gestantes dos grupos etários extremos.

O tempo de gestação, principalmente referente à prematuridade, no Brasil e na América Latina, constituiu-se importante fator na vulnerabilidade dos bebês. Dados de Puffer & Serrano (1973) já demonstraram que esta correlação contribuiu para o aumento do risco de morte no período neonatal. O fato de o IFF apresentar uma maior prevalência de gestações de pré-termos confirma o perfil de risco dos bebês atendidos no instituto.

Já o baixo peso ao nascer (*BPN*) é uma variável que sofre influência das variáveis anteriores, uma vez que se relaciona diretamente com a idade gestacional, idade da mãe (extremos) e mortalidade neonatal. No estudo de Maringá, Bercini (1994) observou-se que os óbitos de menores de 28 dias concentraram-se, principalmente, no grupo de baixo peso ao nascer (inferior a 2,5 kg), representando 74,1 % dos casos, de acordo com o autor, confirmando a conhecida relação do baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal. Em 39,5% dos óbitos neonatais, as crianças nasceram com extremo baixo peso (inferior a 1,5 kg).

Neste mesmo estudo, a mortalidade neonatal foi caracterizada segundo algumas variáveis e observou-se que a maioria (79,8%) dos óbitos neonatais ocorreu em recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação, confirmando a relação entre mortalidade neonatal e recém-nascidos pré-termo. Além disto, segundo Almeida (1998), o tempo de gestação é um fator de risco para o retardo do crescimento intra-uterino.

Tendo em vista que o IFF apresenta uma alta prevalência de gestações de pré-termos, é natural o achado de nascimentos de baixo peso, ou seja, menores que 2,5 kg, já que são fatores diretamente relacionados.

Segundo Faúndes e Cecatti (1991), o aumento na incidência de cesárea é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo. Contudo, se desconhece

algum outro país onde a curva de aumento seja tão acentuada, nem as taxas tenham alcançado níveis tão altos, como no Brasil.

Confirmando o que vários estudos demonstram, este estudo encontrou uma alta prevalência de partos cesáreos, tanto no IFF quanto no município do Rio de Janeiro, o que vem ao encontro de valores observados em todo o território nacional.

Faúndes e Cecatti (1991) ainda colocam em discussão os possíveis fatores relacionados a isto, como os fatores socioculturais, tais quais a idéia de que a cesárea é um parto sem qualquer dor e o fato de que a mulher mantém intacta a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo. Além disso, a conveniência, tanto para o médico, quanto para a paciente, de uma intervenção programada pode ter uma influência importante na decisão de intervir. No entanto, toda cesariana requer um bom treinamento obstétrico e, uma vez ocorrendo o contrário, pode estabelecer situações de risco entre as intervenções e a saúde da mãe e do bebê.

A maior mortalidade e morbidade entre mulheres submetidas à cesárea são um achado comum em todos os estudos. Uma cesariana implica uma recuperação mais difícil para a mãe, levando a um período maior de separação entre ela e o filho, uma demora no primeiro contato entre eles e no início da amamentação. A soma de muitas cesáreas realizadas no país pode afetar o custo da assistência à saúde materno-infantil de várias formas. O custo mais fácil de se identificar é aquele resultante da cirurgia comparado ao do parto vaginal assistido, o que acarreta uma estadia mais prolongada, em função do maior uso de medicamentos e de outros materiais de consumo.

Quanto ao número de consultas pré-natal, observou-se uma alta prevalência de 1-6 consultas no IFF, isto pode estar ocorrendo devido ao fato de algumas gestantes ficarem internadas nesta instituição por um período longo, refletindo diretamente no número de consultas prestadas, o que não significa que ela não está sendo assistida de forma adequada. Outra possível explicação é o fato de algumas gestantes não fazerem o pré-natal na instituição.

No entanto, é importante ressaltar que a análise do número de consultas como uma avaliação da qualidade da assistência pré-natal deve ser vista com muita cautela, pois nem sempre a qualidade pode ser medida pela quantidade.

Segundo Faúndes e Cecatti (1991), “*o cuidado pré-natal, em geral, não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto*”. O medo e insegurança que toda mulher grávida sente são mais estimulados do que prevenidos no pré-natal que ela recebe e no contexto social em que ela passa a sua gravidez.

Alguns estudos têm investigado a importância do ambiente psicossocial na saúde e têm observado uma relação inversa entre a intensidade de laços sociais e a mortalidade geral.

As influências positivas da rede social na saúde podem ser observadas através da constatação de que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde. É importante ressaltar que o apoio social abrange aspectos muito maiores do que o fato pontual de a gestante ter um companheiro, mas considera-se que este tem um papel importante de apoio ao tratamento; seria o que Sluzki (*apud* Andrade & Vaitsman, 2002) chama de “comportamentos corretivos”, nos quais as pessoas presentes nas redes de apoio influenciam positivamente e de maneira coercitiva chamando a atenção do outro para mudanças visíveis na aparência, além de aconselhar e incentivar a adesão a tratamentos. Dessa forma, as relações sociais contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através dos olhos e ações dos outros (Andrade & Vaitsman, 2002).

A partir desta afirmação pode-se supor que o fato do IFF ter uma maior prevalência de mulheres com companheiro pode estar relacionada à questão da rede de apoio social, pois para chegar a uma unidade de assistência de alta complexidade é algo que requer, no mínimo, uma estrutura de apoio e estímulo ao auto-cuidado.

Ao associar-se a escolaridade com a questão do apoio social, pode-se supor que as mulheres que chegam ao IFF têm uma rede de suporte motivacional, que as incentiva e apóia e que está associada aos laços sociais e à informação.

Vários estudos têm demonstrado a associação entre escolaridade e fatores de risco obstétrico. A baixa escolaridade pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e para o recém-nascido, como o baixo peso ao nascer, a perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos.

A análise das Declarações de Nascidos Vivos da região de Guaratinguetá, São Paulo, relativa a partos hospitalares e nascimentos únicos, ocorridos no ano de 1998, revelou que as mães com menos de oito anos de escolaridade têm uma chance 1,5 vez maior de terem recém-nascidos com baixo peso (Haidar *et al.*, 2001).

Quanto à variável *raça/cor*, a ocorrência de uma prevalência muito alta de não informados no IFF provavelmente aconteceu pelo fato de não se instituir a coleta deste dado como rotina às mulheres, nesta instituição. Logo, os resultados encontrados de prevalência são pouco confiáveis, estendendo-se para a avaliação da RP, apontando para a urgência na modificação desta prática.

Finalizando a discussão, cabe ressaltar que o estudo da morbidade obstétrica grave, em que mulheres apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, é de grande valor para compreender os determinantes da morbimortalidade materna, por sua maior frequência e capacidade de fornecer informações sobre os casos de óbito materno (Cecatti, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o IFF configura-se um centro de referência materno-infantil, já que atende as gestantes de maior risco, tais quais as de faixas etárias mais críticas e com morbidades de maior complexidade. Além disso, há uma alta prevalência de nascimentos de bebês de alto risco, tais quais os de baixo peso, e os com malformação fetal, o que eleva os riscos para a mortalidade neonatal, principalmente a precoce.

No entanto, mesmo sendo um centro de referência para gestantes de alto risco, a taxa de prevalência de partos cesáreos ainda está elevada para os padrões estipulados e pretendidos, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), devem situar-se em torno de 15%. Logo, é necessário que a equipe médica encare a redução dessas taxas como um objetivo visando melhorias na saúde do bebê e da gestante.

Outro achado importante a ser destacado é a maior prevalência de mulheres com companheiro em relação ao município do Rio de Janeiro. Esse fato denuncia alguns fatores que, além de caracterizar a clientela atendida pelo instituto, desencadeia a discussão da existência de um suporte social para as mulheres que utilizam o serviço de saúde, um apoio até sua chegada ao hospital, tendo em vista que ela já traz consigo uma gravidez que, na maioria das vezes, apresenta complicações e riscos. O apoio realizado por esse companheiro é tanto importante para a gestante, quanto serve para essa discussão como dispositivo de reflexão que interroga a possibilidade real do instituto estar distante do público que carece de redes de apoio e que não está organizado socialmente.

Quanto ao uso dos dados secundários como fonte de informação, cabe destacar que há tanto vantagens quanto desvantagens. Em relação às vantagens, pôde-se observar a facilidade e a disponibilidade dos dados. No entanto, entre as desvantagens, pode-se considerar o fato da AIH ser referente somente às unidades conveniadas ao SUS, o que pode gerar um viés de informação. Além de ser um sistema de informação criado para remuneração dos prestadores de serviço, o que está intimamente ligado ao fato do preenchimento da AIH privilegiar a remuneração de acordo com o procedimento, o que o direciona para outro fim que não o de pesquisa. Em relação ao SINASC, as principais desvantagens são referentes à subnotificação e ao mau preenchimento dos dados existentes na Declaração de Nascidos Vivos.

Tendo em vista a importância dos sistemas de informação para o levantamento de dados, avaliação, planejamento, monitoramento e pesquisa em serviços de saúde, é necessário que seja institucionalizada uma política de informação, contribuindo para que os serviços e profissionais valorizem a informação como recurso crítico para a qualificação do SUS. É aqui, neste esforço, que se insere este trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. F. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 32, n. 3, p. 217 - 24, 1998.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 7, n. 4, p. 925 - 934, 2002.
- BERCINI, L. O. Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 28, n. 1, p. 38 - 45, 1994.
- CECATTI, J. G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. Recife, v. 5, n. 1, p. 9 - 11, jan. / mar., 2005.
- COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. T.; SOBRINHO, C. L. N.; FREITAS, J. O.; FERREIRA, K. A. S. L.; SILVA, M.; PAULA, P. L. B. Estudos dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana (1998). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18 n. 3, p. 715 - 722, mai-jun., 2002.
- DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. jan./mar., 1997.
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150 - 173, abr-jun., 1991.
- FRIEDE, A.; BALDWIN, W.; RHODES, P. H.; BUEHLER, J. W.; STRAUSS, L. T.; SMITH, J. C.; HOQUE, C. J. Young maternal age and infant mortality: the role of low birth weight. *Public Health Reports*. Washington, v. 102, Suppl. 2, p. 192 - 199, 1987.
- Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025 - 1029, jul-ago., 2001.
- ORGANIZACION PARANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Américas. *OPS - Publicación Científica*, 524. Washington, v. 1, p. 55 - 71, 1990.
- PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. Características de la mortalidad en la niñez. *OPS - Publicación Científica*, 262. Washington, 1973.

INSTRUÇÕES PARA OS COLABORADORES

Os *Cadernos Saúde Coletiva* publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.

SERÃO ACEITOS TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

Artigos (resultantes de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, ou ensaios teóricos e/ou de revisão bibliográfica crítica sobre um tema específico; máximo de 25 páginas); **Debate** (a partir de apresentações orais em eventos científicos, transcritos e sintetizados; máximo de 20 páginas); **Notas** (relatando resultados preliminares ou parciais de pesquisas em andamento; máximo de 5 páginas); **Opiniões** (opiniões sobre temas ligados à área da Saúde Coletiva, de responsabilidade dos autores, não necessariamente refletindo a opinião dos editores; máximo 5 páginas); **Cartas** (curtas, com críticas a artigos publicados em números anteriores; máximo de 2 páginas); **Resenhas** (resenhas críticas de livros ligados à Saúde Coletiva; máximo de 5 páginas); **Teses** (resumo de trabalho final de Mestrado, Doutorado ou Livre-Docência, defendidos nos últimos dois anos; com nome do orientador, instituição, ano de conclusão, palavras-chave, título em inglês, *abstract* e *key words*; máximo 2 páginas).

APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS:

Serão aceitos trabalhos em português, espanhol, inglês ou francês. Os originais devem ser submetidos em três vias em papel, juntamente com o respectivo disquete (formato .doc ou .rtf), com as páginas numeradas. Em uma folha de rosto deve constar: Título em português e em inglês, nome(s) do(s) autor(es) e respectiva qualificação (vinculação institucional e título mais recente), endereço completo do primeiro autor (com CEP, telefone e *e-mail*) e data do encaminhamento. O artigo deve conter título do trabalho em português, título em inglês, resumo e *abstract*, com palavras-chave e *key words*. As informações constantes na folha de rosto não devem aparecer no artigo. Sugere-se que o artigo seja dividido em sub-itens. Os artigos serão submetidos a no mínimo dois pareceristas, membros do Conselho Científico dos Cadernos ou eventualmente *ad hoc*. O Conselho Editorial dos *Cadernos Saúde Coletiva* enviará carta resposta informando da aceitação ou não do trabalho.

A aprovação dos textos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

Caso a pesquisa que der origem ao artigo encaminhado aos Cadernos tenha sido realizada em seres humanos, será exigido que esta tenha obtido parecer favorável de um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, devendo o artigo conter a referência a este consentimento, estando citado qual CEP o concedeu, e cabendo a responsabilidade pela veracidade desta informação exclusivamente ao autor do artigo.

• Formatação: Os trabalhos devem estar formatados em folha A4, espaço duplo, fonte Arial 12, com margens: esq. 3,0 cm, dir. 2,0 cm, sup. e inf. 2,5 cm. Apenas a primeira página interna deverá conter o título do trabalho; o título deve vir em negrito e os subtítulos em versalete (PEQUENAS CAPITAIS) e numerados; palavras estrangeiras e o que se quiser destacar devem vir em itálico; notas explicativas, caso existam, deverão vir no pé de página; as citações literais com menos de 3 linhas deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto; as citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3 cm à esquerda e espaço simples. Todas as citações deverão vir seguidas das respectivas referências.

• Ilustrações: o número de quadros e/ou figuras (gráficos, mapas etc.) deverá ser mínimo (máximo de 5 por artigo, salvo exceções, que deverão ser justificadas por escrito em anexo à folha de rosto). As figuras poderão ser apresentadas em nanquim ou produzidas em impressão de alta qualidade, e devem ser enviadas em folhas separadas e em formato .tif. As legendas deverão vir em separado, obedecendo à numeração das ilustrações. Os gráficos devem ser acompanhados dos parâmetros quantitativos utilizados em sua elaboração, na forma de tabela. As equações deverão vir centralizadas e numeradas seqüencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

• Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal (Resumo ou *Resumen*, de 100 a 200 palavras) e sua tradução em inglês (*Abstract*); os artigos em francês deverão ter resumo na língua principal (*Résumé*) e em português e inglês. Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (*key words*, *palabras clave*, *mots clés*), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

• Referências: deverão seguir a Norma NBR 6023 AGO 2000 da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguido da página no caso de citações (Sobrenome, ano: página). No caso de mais de dois autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer, seguido da expressão latina '*et al.*'. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas somente à esquerda, pulando-se uma linha de uma referência para outra, constando-se o nome de todos os autores. No caso de mais de uma obra do mesmo autor, este deve ser substituído nas referências seguintes à primeira por um traço e ponto. Não devem ser abreviados títulos de periódicos, livros, locais, editoras e instituições.

Seguem exemplos de, respectivamente, artigo de revista científica impressa e veiculado via internet, livro, tese, capítulo de livro e trabalho publicado em anais de congresso (em casos omissos ou dúvidas, referir-se ao documento original da Norma adotada):

ESCOSTEGUY, C. C.; MEDRONHO, R. A.; PORTELA, M. C. Avaliação da letalidade hospitalar do infarto agudo de miocárdio do Estado do Rio de Janeiro através do uso do Sistema de Informações Hospitalares/SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 39-59, jan./jul. 1999.

PINHEIRO, R.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.15, n.3, set. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 2 jan. 2005.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Abrasco. 1994. 400p.

TURA, L. F. R. *Os jovens e a prevenção da AIDS no Rio de Janeiro*. 1997. 183p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina. UFRJ, Rio de Janeiro.

BASTOS, F. I. P.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 97-112.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, bioética e equidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5., 1997, Águas de Lindóia. *Anais*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 59-67.

cadernos Saúde Coletiva

NESC • UFRJ



ASSINATURA

Anual individual: R\$ 40,00

Anual institucional: R\$ 90,00

Número avulso: R\$ 20,00

Preencha este formulário de forma legível e envie-o anexando cheque nominal ou comprovante de depósito em favor da Fundação Universitária José Bonifácio (Banco do Brasil, ag.0287-9, c/c 7333-4, especificando na guia de depósito: depósito identificado - Apostila 9201-0), no valor correspondente, para a SECRETARIA DOS CADERNOS SAÚDE COLETIVA.

Este formulário também pode ser preenchido via internet na página: <http://www.nesc.ufrj.br>, ou enviado por e-mail para cadernos@nesc.ufrj.br

Individual Institucional Número avulso: v. __, n. __

Nome: _____

Instituição: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel.: (0xx __) _____ Fax: _____

E-mail: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

