

INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE – 2007 (IDB-2007)

TEMA DO ANO: NASCIMENTOS NO BRASIL

SUMÁRIO

1. RELEVÂNCIA DO TEMA	1
2. FONTES DE DADOS UTILIZADAS	2
3. NASCIMENTOS VIVOS	3
3.1. Número de Distribuição	3
3.2. Nascidos vivos segundo algumas características maternas.	6
3.2.1. Idade	6
3.2.2. Escolaridade	7
3.3. Nascidos vivos segundo algumas características da gestação e do parto	7
3.3.1. Atenção pré-natal	7
3.3.2. Duração da gestação	9
3.3.3. Atendimento ao parto	10
3.3.4. Tipo de parto	11
3.4. Nascidos vivos segundo algumas características dos recém-nascidos	13
3.4.1. Sexo	13
3.4.2. Peso ao nascer	13
3.4.3. Presença de malformação congênita	16
4. NASCIMENTOS SEM VIDA	16
5. MORTALIDADE PERINATAL	17
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1. RELEVÂNCIA DO TEMA

Para assegurar que as comunidades atinjam bom nível de saúde, há necessidade, primeiramente, de conhecer a sua realidade, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto sanitário para, em seguida, planejar, atuar e, posteriormente, reavaliar a situação, permitindo detectar se as mudanças almejadas foram alcançadas.

Nesse processo, utilizam-se indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos, entre outros, a fim de permitir uma descrição mais próxima da situação real. Alguns desses indicadores são construídos com estatísticas relativas a eventos vitais, à composição da estrutura populacional, à morbidade, a serviços e a ações de saúde.

Relativamente aos eventos vitais, é imprescindível o conhecimento do número de nascidos vivos de uma área, em um período de tempo, pois o mesmo é componente de vários índices e coeficientes, além de fundamentar o planejamento de ações na área materno-infantil.

O IDB-2007 traz, como tema do ano, os nascimentos ocorridos no Brasil, vistos por meio de alguns importantes indicadores de saúde referidos na capa e contra capa do folheto desse ano. Esta publicação aprofunda a análise desses indicadores e faz referência, também, a alguns outros, extraídos da própria listagem dos indicadores com que a RIPSA trabalha e/ou obtidos por meio dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde do país.

2. FONTES DE DADOS UTILIZADAS

- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**

Implantado no Brasil em 1990, pelo Ministério da Saúde, tem como documento básico a Declaração de Nascido Vivo – DN – padronizada em todo o país e cujo modelo em vigor está disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sis_nasc_vivo.pdf. A DN é documento fornecido pelo hospital a cada criança que nasce com vida, obedecendo ao conceito desse evento, dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em vigor desde 1950:

Nascimento vivo é a expulsão completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respira ou apresenta quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. (OMS, 1995)

A emissão da DN tem como embasamento legal o artigo 10, inciso IV, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990) que estabelece que “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da gestante, públicos e privados, são obrigados a fornecer declaração de nascimento onde constem, necessariamente, as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato”.

Avaliações sucessivas do ponto de vista quantitativo têm mostrado que a cobertura do SINASC abrange mais de 90% do total de nascimentos estimados para o país (comparação entre os nascidos vivos informados pelo SINASC e os estimados, pelo IBGE (Indicador F.10 da RIPSA), chegando a 100% em várias Unidades da Federação (RIPSA, IDB, disponível em www.datasus.gov.br/idb). Qualitativamente, o preenchimento das variáveis é adequado, havendo pequeno número de informações ignoradas ou em branco¹.

¹ Para maiores informações sobre o SINASC, ver Mello Jorge e col., 1992; Mello Jorge e col., 1993; Mello Jorge e col., 2007; RIPSA, 2008.

- **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**

Gerido também pelo Ministério da Saúde, está implantado no país desde 1976 e tem como documento básico a Declaração de Óbito – DO – cujo modelo em vigor está disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_obitos%20.pdf.

Esse documento é preenchido pelo médico que tratava da pessoa que morreu, em caso de morte natural, e por perito legista em caso de morte decorrente de causa não natural (acidentes e violências). O Sistema tem, também, fluxo padronizado e capta, atualmente, cerca de um milhão de óbitos/ano, eventos que podem ser estudados segundo todas as variáveis constantes da DO.

Avaliações sucessivas do SIM mostram que, apesar de existir ainda alguma subenumeração em sua quantidade, principalmente relativa a óbitos infantis (RIPSAs, 2008) e haver quantidade não desprezível de mortes sem assistência médica (ou, embora com assistência médica, com causa não descrita, ficando sob o rótulo de "causa mal definida"), o Sistema fornece subsídios importantes para a elaboração do quadro sanitário do país².

Esse Sistema é citado, aqui, em razão de ser o responsável pela coleta e estudos sobre mortes de crianças que nasceram com vida e morreram e englobar estudos e análises sobre os nascidos sem sinal de vida, como será visto nos item 4 e 5 desta apresentação.

- **População**

Os dados de população são oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – e obtidos por meio de censos e estimativas (RIPSAs, 2008).

- **Indicadores**

Quanto aos indicadores utilizados, seus conceitos, métodos de cálculo, usos e limitações podem também ser conhecidos e analisados (RIPSAs, 2008).

3. NASCIMENTOS VIVOS

3.1. Número de Distribuição

O número total de nascidos vivos captado pelo SINASC em todo o país é de aproximadamente 3 milhões por ano (Tabela 1). Em série histórica a partir de 1997, é possível verificar ligeira queda nesse total a partir de 2000, sendo que a distribuição por grandes regiões evidencia declínio acentuado na Região Sudeste, de 1999 a 2002, e na Região Sul, entre 1999 e 2001; nota-se, ainda, certa estabilidade nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e ligeiro aumento na Região Norte, talvez, atribuível à melhoria da cobertura do SINASC. Essas alterações corresponderam a possível resultado do processo de transição demográfica. (Figura 1). É importante salientar que, embora a cobertura do Sistema ainda não esteja completa, essa distorção não afeta a tendência de declínio observada no número de eventos.

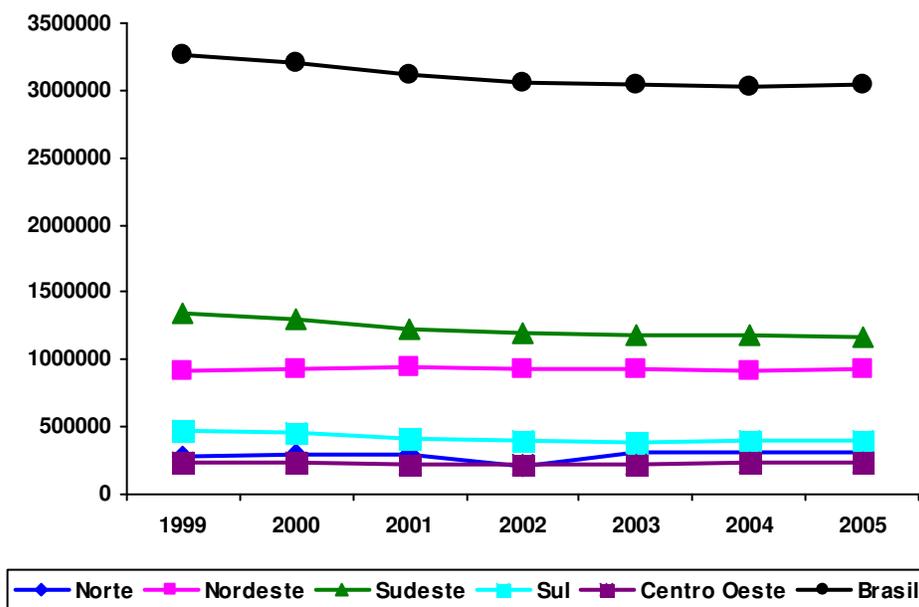
² Para maiores informações sobre o SIM, ver Laurenti e col. 2006 e RIPSAs, 2008.

TABELA 1 - Número de nascidos vivos, Brasil e Grandes Regiões, 1997 a 2005

Ano	Grandes Regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1998	266.332	878.176	1.305.587	459.039	238.903	3.148.037
1999	285.229	915.528	1.351.192	470.326	234.158	3.256.433
2000	290.708	926.104	1.306.235	451.009	232.705	3.206.761
2001	299.388	942.141	1.230.473	415.957	227.515	3.115.474
2002	301.208	929.717	1.195.168	406.116	227.193	3.059.402
2003	311.335	930.145	1.181.131	389.675	225.965	3.038.251
2004	309.136	910.775	1.178.915	398.126	229.596	3.026.548
2005	314.858	924.983	1.171.841	392.107	231.307	3.035.096

Fonte: SINASC

FIGURA 1 - Número de nascidos vivos, Brasil e Grandes Regiões. 1999 a 2005



Fonte: SINASC

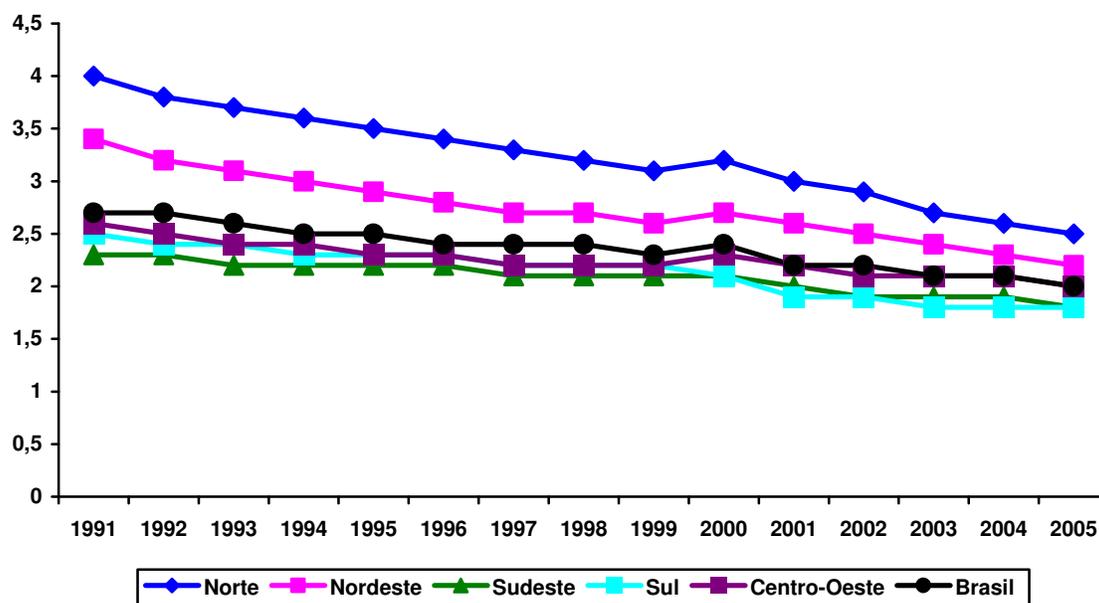
Esses valores, quando analisados segundo idade das mães e em conjunto com a população feminina em idade fértil, projetam taxas de fecundidade (número médio de filhos nascidos vivos por mulher) iguais a 2,01, em 2005, valor que se apresenta em declínio a partir do início do período analisado e com variação importante nas Regiões do Brasil (Tabela 2 e Figura 2).

TABELA 2 - Taxa de fecundidade total, Brasil e Grandes Regiões, 1991 a 2005.

Ano	Grandes Regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1991	4,0	3,4	2,3	2,5	2,6	2,7
1992	3,8	3,2	2,3	2,4	2,5	2,7
1993	3,7	3,1	2,2	2,4	2,4	2,6
1994	3,6	3,0	2,2	2,3	2,4	2,5
1995	3,5	2,9	2,2	2,3	2,3	2,5
1996	3,4	2,8	2,2	2,3	2,3	2,4
1997	3,3	2,7	2,1	2,2	2,2	2,4
1998	3,2	2,7	2,1	2,2	2,2	2,4
1999	3,1	2,6	2,1	2,2	2,2	2,3
2000	3,1	2,7	2,1	2,1	2,1	2,4
2001	3,0	2,7	2,0	1,9	2,1	2,2
2002	2,8	2,5	1,9	1,8	2,0	2,1
2003	2,6	2,4	1,8	1,8	1,9	2,1
2004	2,5	2,4	1,8	1,8	2,0	2,0
2005	2,5	2,2	1,8	1,8	2,0	2,0

Fonte: RIPSAs, IDB-2007 (Indicador A.6)

FIGURA 2 – Taxa de fecundidade total, Brasil e Grandes Regiões. 1991 a 2005



Fonte: RIPSAs, IDB-2007 (Indicador A.6)

A taxa de fecundidade total é obtida por meio das taxas específicas de fecundidade segundo faixas etárias (Indicador A.5 da RIPSAs) e evidencia um declínio em seu valor, decorrente da queda das taxas específicas em todas as idades.

3.2. Nascidos vivos segundo algumas características maternas.

3.2.1. Idade

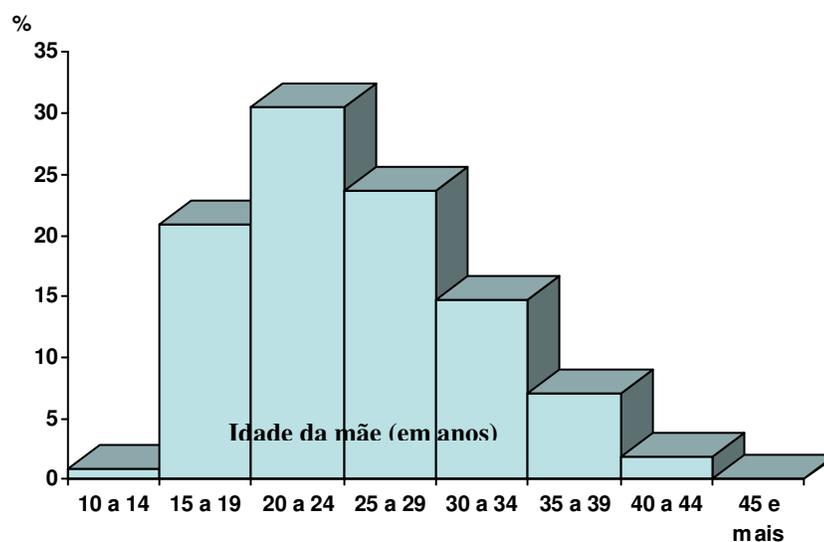
A idade da mãe é considerada variável importante, principalmente em estudos demográficos, em especial os de fecundidade, como referido. Em epidemiologia, é usada como estimativa do fator de risco ao baixo peso ao nascer e à mortalidade infantil, quando se consideram as mães adolescentes (faixas de menos de 20 anos) e as mães idosas (35 anos ou mais). A Tabela 3 e a Figura 3 mostram os nascidos vivos segundo idade da mãe, no Brasil, em 2005.

TABELA 3 - Nascidos vivos segundo idade da mãe, Brasil, 2005 (Nº e %)

Idade da mãe (em anos)	Nº	%
10 a 14	26.752	0,9
15 a 19	634.385	20,9
20 a 24	925.680	30,5
25 a 29	719.460	23,7
30 a 34	444.744	14,7
35 a 39	216.962	7,1
40 a 44	58.169	1,9
45 e mais	4.059	0,1
Ignorada	4.885	0,2
Total	3.035.096	100,0

Fonte: RIPSAs, IDB-2007, (Indicador D.15)

FIGURA 3 - Nascidos vivos segundo idade da mãe (%), Brasil, 2005



Os dados para 2005 mostram que, em cerca de 22% dos recém-nascidos no país, as mães têm menos de 20 anos; sua distribuição geográfica evidencia maiores frequências nas

Regiões Norte e Nordeste (respectivamente 28,7 % e 25,2%) e menores no Sudeste e Sul (respectivamente 18% e 19,5%). A análise temporal, em alguns anos selecionados, deixa clara a existência de uma diminuição nessas proporções em quase todas as regiões, perfazendo cerca de 7% no Brasil. (Tabela 4)

TABELA 4 – Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (%), Brasil e Grandes Regiões, em anos selecionados.

Ano	Grandes Regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
1997	31,3	25,9	20,4	21,2	27,0	23,5
2000	30,7	26,4	20,2	21,3	26,2	23,5
2004	29,0	25,5	17,9	19,5	22,8	21,9
2005	28,7	25,2	18,0	19,5	22,5	21,8

Fonte: RIPSAs, IDB-2007 (Indicador D.15).

Tem sido bastante referido que essa situação gera conseqüências importantes não só do ponto de vista da saúde mas, também, quanto a aspectos sociais, já que não poucas vezes essas adolescentes abandonam a escola ou, no mínimo, vão se constituir em casos de atraso escolar.

Por outro lado, mulheres na faixa etária de 35 anos ou mais tendo filhos nascidos vivos corresponderam, no Brasil, em 2005, a cerca de 9%, também com variações sensíveis quanto à distribuição geográfica dos nascimentos: maiores valores no Sul e Sudeste e mais baixos no Norte e Nordeste.

3.2.2. Escolaridade

Muitas pesquisas têm chamado a atenção para a importância das condições sócio-econômicas das mães em análises de fecundidade e, em epidemiologia, sua associação com o resultado da gestação e a sobrevivência da criança ao primeiro ano de vida. Nesse sentido, a escolaridade materna tem se mostrado relevante. É importante salientar, entretanto, que essa informação não consta dos prontuários hospitalares requerendo, para o seu preenchimento, entrevista com as mulheres. Na DN, a informação está registrada em anos de estudo e, para os casos em que esse número foi zero, a anotação é feita como “nenhuma” escolaridade.

A distribuição dessa variável é importante, principalmente, em análise conjunta com algumas características da gravidez e do parto, como será visto no item 3.3.

3.3. Nascidos vivos segundo algumas características da gestação e do parto

3.3.1. Atenção pré-natal

A promoção de condições propícias para que a gestação transcorra sem problemas, visando ao bom desenvolvimento do binômio mãe-filho, tem, como um de seus requisitos, a realização de um adequado acompanhamento pré-natal.

A OMS preconiza que esse atendimento tenha início precoce e que seja realizado um número adequado de consultas, que o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu em um mínimo de seis. A informação disponível, porém, refere-se a sete ou mais consultas, com médico ou enfermeiro. (RIPSAs, 2008). A tabela 5 mostra a distribuição desse atendimento no país.

TABELA 5 – Proporção de gestantes* com acompanhamento de pré-natal segundo número de consultas (%), Brasil, 2000 a 2005.**

Ano	Consultas				Brasil
	Nenhuma	De 1 a 3	De 4 a 6	7 ou mais	
2000	4,9	11,6	37,5	46,0	100,0
2001	4,5	11,5	36,7	47,3	100,0
2002	3,8	10,8	36,3	49,1	100,0
2003	3,2	10,1	35,6	51,1	100,0
2004	2,8	9,6	34,7	52,9	100,0
2005	2,6	9,3	34,5	53,6	100,0

* O número de gestantes é estimado pelo número de nascidos vivos

**Devido à mudança de critério da coleta da informação, a série histórica é apresentada a partir do ano 2000.

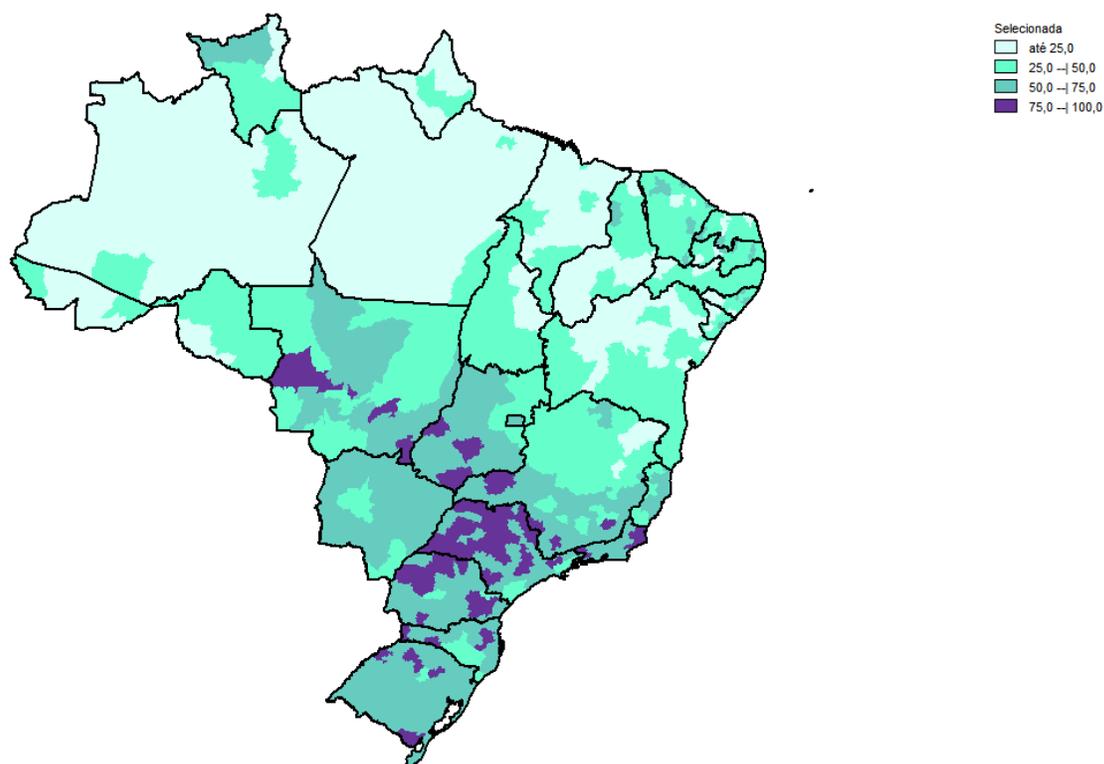
Fonte: RIPSAs, IDB-2007 (Indicador F.6).

Verifica-se que o patamar de 7 consultas, no mínimo, é alcançado por mais de 50% das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos no Brasil, a partir de 2003, valor que pode ser considerado bastante elevado. Os dados, entretanto, não permitem dizer em que momento da gestação essas consultas tiveram início, bem como sobre a qualidade desse atendimento.

A distribuição da proporção de sete ou mais consultas de pré-natal segundo microrregiões brasileiras evidencia maiores frequências no Sudeste, Sul e Centro-Oeste, como mostra a figura 4, deixando clara a existência de desigualdades intra-regionais no país. É possível referir que, no caso específico, estas desigualdades podem estar associadas tanto à concentração espacial da população e suas características sócio-econômicas, de um lado, como à disponibilidade de acesso aos serviços de pré-natal, de outro.

Contrariamente, é auspicioso constatar que o número de nascidos vivos cujas mães referem não terem realizado nenhuma consulta de pré-natal é baixo (2,6% em 2005) e apresenta-se em declínio (queda de 46,9%, tomando como base o ano 2000).

FIGURA 4 - Proporção de gestantes* com sete ou mais consultas de pré natal (%), por microrregiões, Brasil, 2005.



* O número de gestantes é estimado pelo número de nascidos vivos

Fonte: SINASC

3.3.2. Duração da gestação

A duração da gestação é, sem dúvida, um dos mais importantes fatores determinantes do crescimento intra-uterino. As categorias em que a variável apresenta-se na DN obedecem às determinações da OMS, referidas na 10ª Revisão da CID-10 (OMS, 1995). No quadro a seguir, essas categorias apresentam-se detalhadas em semanas e em dias e agrupadas, também, segundo proposta da OMS, em gestações de pré-termo, termo e pós-termo.

Em semanas detalhadas	Equivalência em dias	Grupos
< 22 22 a 27 28 a 31 32 a 36	Menos de 259	Pré-termo (<37 semanas)
37 a 41	259 a 293	Termo (37 a 41 semanas)
42 ou mais	294 ou mais	Pós-termo (42 ou mais semanas)

Fonte: OMS, 1995

Importante salientar que, conforme definição internacional, se o conceito nasce com sinais vitais ele já é considerado nascido vivo, não sendo, portanto, de se cogitar que o tempo de gestação seja elemento integrante do tipo, para essa consideração. Contrariamente, para

fetos que venham à luz sem sinal de vida, o estabelecimento da duração da gestação é fundamental, como será visto no item 4 desta apresentação.

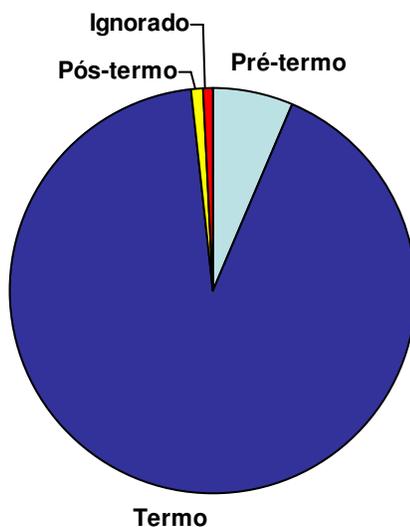
No Brasil, a distribuição dos nascidos vivos segundo tempo de gestação mostra que, do total de DN captadas pelo SINASC, apenas 0,7% não contém esse registro, enquanto que em 90,8% dos casos a gravidez foi a termo, 1,0% foi de pós-termo (Tabela 6) e 6,5% foram de pré-termo (Figura 5).

TABELA 6 – Nascidos vivos segundo duração da gestação (em semanas), Brasil, 2005 (Nº e %).

Duração (em semanas)	Nº	%
< 22	803	0,0
22 a 27	9.992	0,3
28 a 31	21.977	0,7
32 a 36	166.246	5,5
37 a 41	2.785.197	90,8
42 ou mais	29.918	1,0
Ignorada	20.963	0,7
Total	3.035.096	100,0

Fonte: SINASC

FIGURA 5 – Nascidos vivos segundo duração da gestação, em semanas (%), Brasil, 2005



3.3.3. Atendimento ao parto

O indicador permite retratar a proporção de partos atendidos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde na população residente. Em série histórica de 1994 em diante, verifica-se que a proporção de partos hospitalares no país vem se apresentando com valores maiores que 95% em quaisquer dos anos considerados, com algumas diferenças regionais, mas sempre de, no mínimo, 85%, este na Região Norte (Tabela 7).

TABELA 7 - Proporção de partos hospitalares*, Brasil e regiões, 1994 a 2005.

Ano	Regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1994	84,6	93,2	98,5	98,8	99,1	95,8
1995	85,6	95,0	98,5	98,7	99,3	96,1
1996	89,8	96,3	97,8	98,7	99,4	96,8
1997	90,1	95,2	98,0	99,0	99,3	96,8
1998	88,3	93,6	98,8	99,0	99,4	96,5
1999	92,0	93,3	99,1	98,9	99,4	96,8
2000	90,9	93,3	98,9	99,0	99,3	96,6
2001	90,1	92,9	99,1	99,0	99,3	96,4
2002	91,2	93,5	99,3	99,0	99,3	96,7
2003	90,1	94,0	99,0	99,0	99,5	96,6
2004	90,4	94,4	99,0	99,0	99,2	96,8
2005	90,8	95,3	99,1	99,0	99,3	97,1

* Em relação ao total de nascidos vivos

Fonte: RIPSAs, IDB-2007 (Indicador F.7)

3.3.4. Tipo de parto

Esta variável possibilita conhecer como as práticas obstétricas estão ocorrendo no Brasil. Vários países vêm demonstrando preocupação com a tendência de crescimento de partos cesáreos, propondo, como meta, inclusive, uma diminuição de seus valores. No Brasil, a frequência de cesarianas está ao redor de 40%, nos últimos doze anos, apresentando-se, sempre, mais elevada nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e menor no Norte e Nordeste. Os dados, em série histórica de 1994 a 2005, estão na tabela 8 e figura 6.

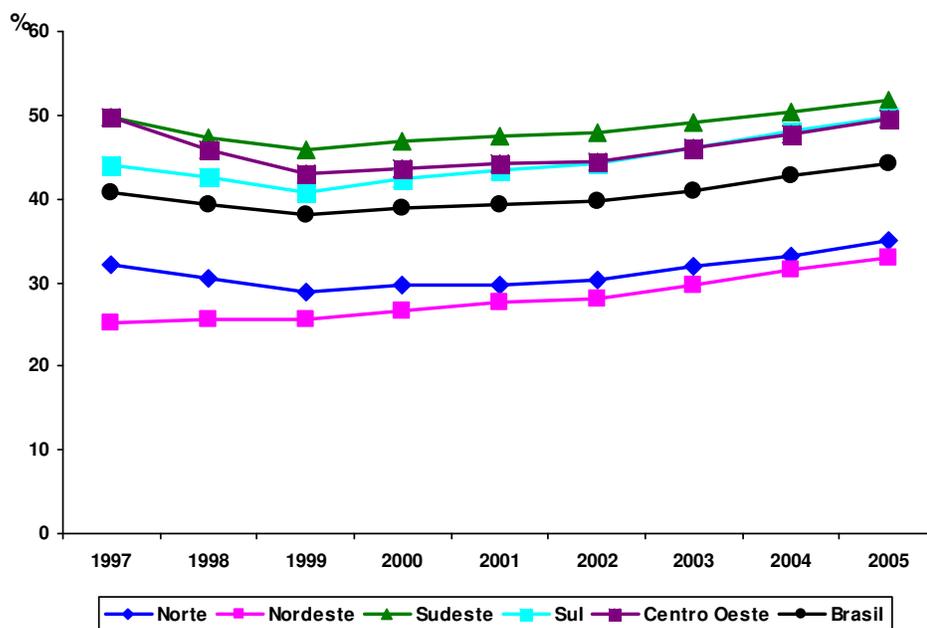
TABELA 8 - Proporção de nascidos vivos de partos cesáreos* (%), Brasil e regiões, 1994 a 2005.

Ano	Regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1994	31,1	25,6	47,3	41,7	49,5	39,0
1995	32,4	25,5	46,5	43,2	49,9	37,7
1996	31,6	26,0	46,3	44,0	50,9	38,0
1997	32,1	25,3	49,8	44,1	49,8	40,8
1998	30,4	25,5	47,2	42,5	45,9	39,2
1999	28,8	25,6	45,9	40,8	43,0	38,0
2000	29,6	26,7	46,9	42,4	43,7	38,9
2001	29,8	27,7	47,4	43,4	44,3	39,3
2002	30,4	28,1	47,9	44,3	44,5	39,7
2003	31,9	29,7	49,1	46,0	46,0	41,0
2004	33,2	31,5	50,5	48,2	47,6	42,7
2005	35,0	33,0	51,9	49,8	49,6	44,2

* % calculado sobre o total de partos hospitalares.

Fonte: RIPSAs, IDB-2007 (Indicador F.8).

FIGURA 6 - Proporção de nascidos vivos de partos cesáreos*. Brasil e regiões. 1997 a 2005.



* Por 100 partos hospitalares

Fonte: SINASC

É importante salientar que a RIPSAs, ao calcular esse indicador, o faz, sempre, tomando como referência os partos hospitalares, fato que explica a diferença quando o cálculo é feito em relação ao total de nascidos vivos. A análise conjunta da distribuição de partos cesáreos e outras variáveis mostra alguns aspectos interessantes:

1º) Quando se estuda a proporção de partos cesáreos segundo a escolaridade da mãe, verifica-se que os valores aumentam conforme os anos de estudo. Assim, nas mulheres de pouca escolaridade a proporção de cesáreas não atinge 20%, valor que chega a quase 70% nos nascidos vivos de mães com 12 ou mais anos de estudos (Tabela 9).

TABELA 9 - Proporção (%) de nascidos vivos segundo escolaridade da mãe* e tipo de parto, 2005.

Anos de Estudo	Normal	Cesáreo	Ignorado	Total
Nenhuma	82,8	17,0	0,2	100,0
1 a 3 anos	73,1	26,8	0,1	100,0
4 a 7 anos	66,2	33,7	0,1	100,0
8 a 11 anos	50,4	49,5	0,1	100,0
12 anos e mais	30,7	69,2	0,1	100,0
Ignorado	57,7	39,3	3,0	100,0
Total	56,6	43,2	0,2	100,0

* Em anos de estudo

Fonte: SINASC

2º) Quando a análise é feita em conjunto com a paridade (número de filhos tidos anteriormente pela mulher), pode-se constatar que, nas primíparas, a proporção de cesáreas, em 2005, foi de 50,2%. Este dado é importante, na medida em que tem sido referido que partos cesáreos em primíparas constituem-se em fator predisponente para que os partos subseqüentes dessas mulheres venham, também, a ser cirúrgicos;

3º) Quando os partos cesáreos são estudados segundo o tipo de gravidez, verifica-se, para as gestações únicas, que a proporção é de 42,7%, valor que se eleva para 70,3% para as gestações duplas e é igual 60,9% para as gestações de três ou mais conceptos;

4º) Quando o tipo de parto e duração da gestação são analisados em conjunto, verifica-se maior freqüência de partos cesáreos nas gestações pré-termo (49,3%), em comparação com as gestações de termo ou pós-termo (42,9%).

3.4. Nascidos vivos segundo algumas características dos recém-nascidos

3.4.1. Sexo

Vários estudos têm mostrado haver um diferencial de nascimentos segundo sexo, ocorrendo, sempre, um maior número de nascimentos do sexo masculino, qualquer que seja o nível de desenvolvimento da área estudada.

No Brasil e Regiões tal fato se comprova, podendo-se constatar que, na série histórica apresentada, a Razão homem-mulher ao nascer vem sendo de, aproximadamente, 1050 (ou 105,0%), significando que os nascimentos do sexo masculino sobrepujam os femininos em cerca de 5%. (Dados para 2005) (Tabela 10)

TABELA 10 – Nascidos vivos, segundo sexo e razão de sexos ao nascer*, Brasil e regiões, 2005.

Região	Masculino	Feminino	Razão	
			Nº	(%)
Norte	161.197	153.326	1.051	105,1
Nordeste	472.389	450.716	1.048	104,8
Sudeste	598.677	572.088	1.046	104,6
Sul	200.917	191.156	1.051	105,1
Centro Oeste	118.625	112.586	1.054	105,4
Brasil	1.551.806	1.479.872	1.049	104,9

* Número de nascimentos masculinos por cada 100 nascimentos femininos

Fonte: SINASC

3.4.2. Peso ao nascer

O peso ao nascer vem sendo considerado como uma das principais medidas do crescimento intra-uterino e se constitui em importante fator de predição da sobrevivência infantil. A OMS recomenda que essa mensuração deva ser feita durante a primeira hora de vida, antes que ocorra perda de peso pós-natal significativa. Preconiza, ainda, que o peso deva ser registrado com o grau de exatidão com o qual é medido sendo que, ao agrupá-lo, as classes devam manter intervalos de 500 gramas (OMS, 1995).

Na análise dessa variável, é usual a definição de baixo peso ao nascer, que se refere a nascidos vivos com peso abaixo de 2500 gramas (OMS, 1995). Vários estudos têm mostrado que a morbimortalidade é maior em crianças desse grupo do que nos demais nascimentos, razão pela qual o conhecimento dessa variável é fundamental. O baixo peso ao nascer sinaliza, assim, para a vigilância dessas crianças e a obtenção desse dado, pelo SINASC, facilita as ações sobre o recém-nascido de alto risco, em todos os níveis.

Pela tabela 11 pode-se ver a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso no Brasil e regiões, constatando-se que seu valor está ao redor de 8%. Esse dado, entretanto, deve ser analisado com certa cautela, na medida em que podem estar presentes algumas distorções decorrentes da subenumeração dos eventos, principalmente, entre aqueles que vão a óbito imediatamente após o nascimento.

TABELA 11 – Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer* (%), Brasil e Grandes Regiões, 1994 a 2005.

Ano	Grandes Regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1994	6,7	9,7	9,3	8,1	7,7	8,8
1995	6,6	7,0	9,0	7,8	7,1	7,9
1996	6,5	7,1	8,8	7,8	7,2	7,9
1997	6,4	7,0	8,7	7,9	7,1	7,8
1998	6,5	7,1	8,8	8,1	7,3	7,9
1999	6,3	6,9	8,5	8,0	7,1	7,7
2000	6,3	6,8	8,6	8,1	7,1	7,7
2001	6,5	7,0	9,0	8,5	7,2	8,0
2002	6,8	7,2	9,1	8,6	7,4	8,1
2003	6,9	7,4	9,3	8,9	7,6	8,3
2004	7,0	7,5	9,1	8,6	7,6	8,2
2005	6,8	7,4	9,0	8,5	7,5	8,1

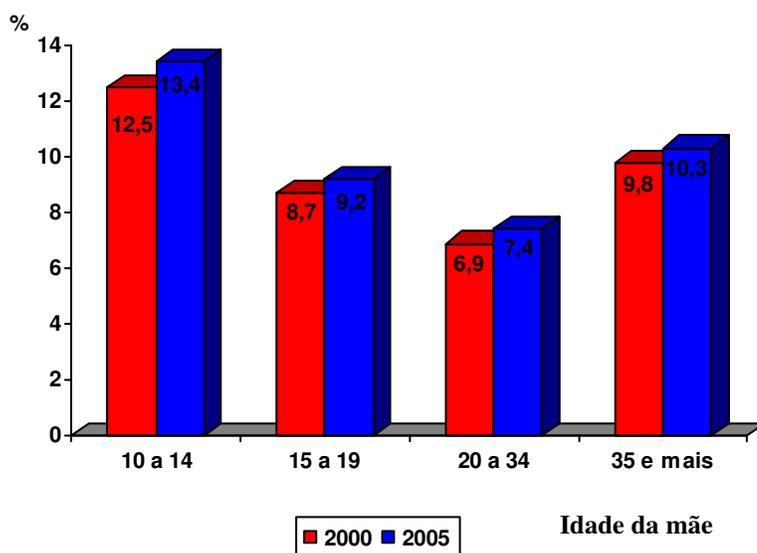
* Abaixo de 2500 gramas.

Fonte: SINASC

É importante ter em mente, ainda, que vários fatores podem influenciar o peso ao nascer, tais como a duração da gestação, a idade materna, a paridade, peso e altura maternos, peso ganho durante a gestação, hábito de fumar da mãe, entre outros.

O relacionamento entre idade da mãe e ocorrência de baixo peso ao nascer é mostrado na figura 7, onde é possível constatar que a proporção de baixo peso é maior nas mães adolescentes, com frequência ainda mais elevada nas menores de 15 anos, onde representa quase o dobro da proporção ocorrida entre as mães chamadas em idade ótima (20 a 34 anos). Nas mães idosas, a proporção, nesse ano, foi de 10,3%. Observa-se que, entre 2000 e 2005, a proporção de baixo peso ao nascer aumentou em todos os grupos de idade materna.

FIGURA 7 - proporção (%) de nascidos vivos de baixo peso ao nascer segundo idade da mãe*. Brasil. 2000 e 2005



* Proporção por 100 Nascidos Vivos em cada grupo de idade da mãe

Fonte: SINASC

Quanto à duração da gestação, sabe-se que esta representa um dos mais importantes fatores associados ao peso ao nascer. Relacionando essas variáveis, é possível distinguir dois tipos distintos de nascidos vivos de baixo peso ao nascer: os de “pré-termo” e os de “não pré-termo”, casos que podem indicar a presença de retardo de crescimento intra-uterino. A tabela 13 mostra essa distribuição, no Brasil, segundo os dados de 2005.

Como é esperado, verifica-se uma concentração de baixo peso ao nascer quando a gestação tem menos de 37 semanas, bem como a ocorrência de nascidos vivos que, embora com gestação de termo, têm peso inferior a 2500 g.

Esses produtos estarão a exigir maior cuidado e atenção, consubstanciados, provavelmente, em utilização de UTI neonatal, com tempo e gastos imprevisíveis. Da mesma forma, o sucesso/insucesso desse acompanhamento é também desconhecido.

TABELA 12 – Nascidos vivos segundo categorias de peso ao nascer e duração da gestação*, Brasil, 2005.

Duração da gestação	Peso		Total
	Baixo peso	Não baixo peso	
Pré-termo	123.569	73.876	197.445
	62,6	37,4	100,0
	(51,2)	(2,7)	(6,6)
Não pré-termo	117.985	2.686.682	2.804.667
	4,2	95,8	100,0
	(48,8)	(97,3)	(93,4)
Total	241.554	2.760.558	3.002.112
	(100,0)	(100,0)	(100,0)

* Excluídos os casos de duração da gestação e/ou peso ao nascer não informado.

Fonte: SINASC

3.4.3. Presença de malformação congênita

A partir de 1996 foi introduzida, na DN, variável relativa à presença de malformação congênita ao nascer, a ser codificada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1995). Essas informações, entretanto, encontram-se ainda, subestimadas³ pois as mais graves, incompatíveis com a vida, vão ocorrer nas perdas fetais, enquanto outras, mesmo permitindo que o conceito nasça com vida, por serem internas e de mais difícil diagnóstico, podem não ser percebidas no momento do nascimento.

Essa observação pode ser comprovada pelos dados da Tabela 14, onde se vê que mais de 40% dos casos correspondem a malformações do Sistema Osteomuscular (principalmente deformidades da perna e do pé, quando se analisam os casos, em detalhe).

Essas informações, apesar de não estarem ainda completas, vêm sendo utilizadas por muitos pesquisadores para o estudo do problema, pois o SINASC se constitui na única fonte de dados de base populacional sobre as malformações congênitas.

TABELA 13 - Nascidos vivos com malformações congênitas* segundo tipo, Brasil, 2005.

ANOMALIAS (TIPO)	Nº	%
Sistema nervoso central	2.427	12,9
Olhos, ouvido, face e pescoço	794	4,2
Aparelho circulatório	617	3,3
Aparelho respiratório	174	0,9
Fenda labial e palatina	1.582	8,4
Outras do aparelho digestivo	713	3,8
Órgãos genitais	1.153	6,1
Órgãos urinários	324	1,7
Sistema osteomuscular	8.193	43,6
Outras especificadas	1.525	8,1
NCOP**	1.187	6,3
Hemangioma de qualquer localização***	90	0,5
Total	18.779	100,0

* Segundo CID-10; ** Não classificadas em outra parte; *** Referidas como mal formações congênitas, embora não classificadas no Capítulo XVII da CID-10.

4. NASCIMENTOS SEM VIDA

Sempre que o produto da concepção vier à luz sem apresentar sinal de vida, ocorre o que se chama de óbito fetal, morte fetal ou perda fetal. A OMS define esse evento como:

³ O total de casos registrados estima uma ocorrência de 0,6% de malformação entre os nascidos vivos, sendo que alguns autores mostram sua ocorrência em aproximadamente 2 e 3% dos nascidos vivos (Rosano e col., 2000)

A morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

É importante salientar que, no caso de óbitos fetais, a legislação determina obrigatoriedade no fornecimento de uma Declaração de Óbito Fetal (DOF), a ser feita no mesmo impresso utilizado para a atestação do óbito (DO), sempre que o tempo de gestação for igual ou maior que 20 semanas⁴, com o preenchimento das variáveis cabíveis. O registro civil do caso, em cartório, deve ser feito no livro de Nascidos Mortos e a apuração do dado, no SIM, é realizada, evidentemente, em separado dos óbitos.

Embora a RIPSА não inclua, em sua matriz de indicadores, a Taxa de Mortalidade Fetal, o número de óbitos fetais é parte integrante de um importante indicador de saúde que é a Mortalidade Perinatal.

5. MORTALIDADE PERINATAL

Um dos indicadores que melhor reflete as condições em que transcorrem a gestação e a atenção ao parto é a mortalidade perinatal, que estima o risco de um feto nascer sem sinal de vida ou, nascendo vivo, chegar a óbito ainda durante a primeira semana após o nascimento. O indicador é calculado pela fórmula:

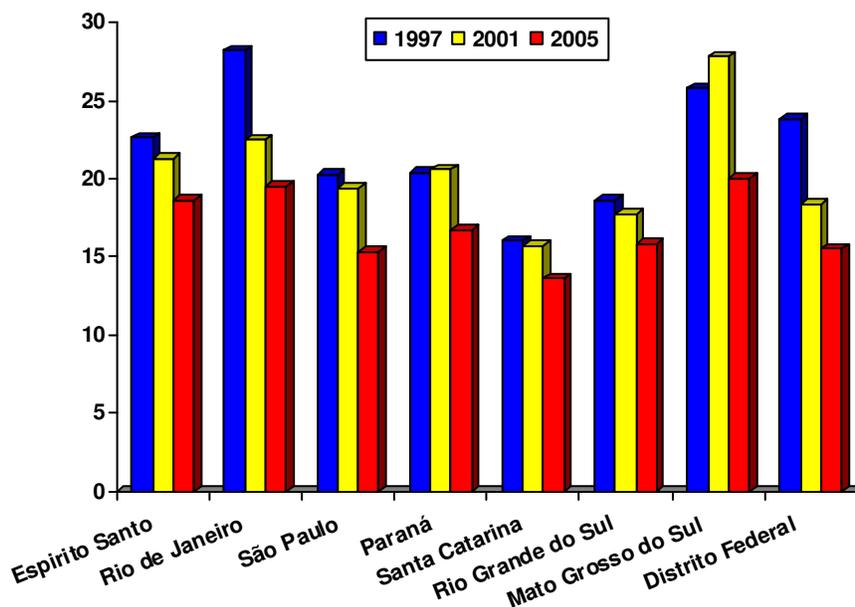
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)}^5 + \text{óbitos de crianças de zero a seis dias completos de vida}}{\text{N}^\circ \text{ de nascimentos totais (nascidos vivos + óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1.000$

A Figura 8 apresenta a taxa de mortalidade perinatal em três momentos, para as sete Unidades da Federação para as quais a metodologia RIPSА permite calcular esse indicador com dados diretos, por meio dos valores apresentados no SIM e no SINASC. (Indicador C.2 da RIPSА).

⁴ Ver Laurenti e Mello Jorge, 2006 e CFM, SVS/MS e CBCD, 2007.

⁵ Considerando a subnotificação de óbitos fetais e a fragilidade da informação sobre óbitos fetais, a RIPSА recomenda somar, tanto no numerador quanto no denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional não informada ou não preenchida.

FIGURA 8 - Taxa de mortalidade perinatal* em Unidades da Federação selecionadas. Brasil, 1997, 2001 e 2005.



* Por mil nascimentos.

Verifica-se que as taxas mais elevadas estão no Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul, seguidos do Paraná, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e São Paulo, ficando os menores valores com o Distrito Federal e Santa Catarina, conforme o ano considerado.

Constata-se que, como também vem ocorrendo com a mortalidade infantil no país, a mortalidade perinatal, em 2005, apresenta-se menor que a verificada em 2001, que, por sua vez foi menor que a de 1997, com exceção do Estado do Mato Grosso do Sul.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do SINASC, do SIM, do Registro Civil e as estimativas do IBGE permitem traçar um panorama bastante completo da situação demográfica e epidemiológica dos nascimentos no Brasil.

A meta a ser atingida agora é a de que os gestores de todos os níveis, contando com essas informações, tenham maiores elementos para subsidiar suas ações de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CFM, SVS/MS, CBCD. A Declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília, 2007.
2. Laurenti, R. e Mello Jorge, MHP. O atestado de óbito. São Paulo, CBCD, 2006 (Série Divulgação nº 1)
3. Laurenti, R.; Mello Jorge, MHP e Gotlieb, SLD. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro. São Paulo, CBCD, 2006 (Série Divulgação nº 11).
4. Mello Jorge, MHP e col. Avaliação sobre o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e o uso de seus dados em Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Revista de Saúde Pública, 27 (6 Supl.), 1993.
5. Mello Jorge, MHP e col. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. São Paulo, CBCD, 1992 (Série Divulgação nº 7).
6. Mello Jorge, MHP.; Laurenti, R. e Gotlieb, SLD. Análise da qualidade das Estatísticas Vitais brasileiras: a experiência da implantação do SIM e do SINASC. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12 (3), 2007.
7. OMS: Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. 10ª revisão. São Paulo, CBCD, 1995 (v.1 e v. 2).
8. Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RIPSAs. Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, OPAS, 2008.
9. Rosano, A.; Botto, LD.; Botting, B.; Mastroiacovo, P. Infant Mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: an international perspective. J. Epidemiol. Community Health 2000; 54: 660-666.