

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO 1993/1996

Rosanna Iozzi da Silva¹, Mariza M. Theme Filha², Cláudio Pompeiano Noronha³

Este trabalho enfoca o perfil dos nascidos vivos de mães residentes na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1993 a 1996. Nele se descrevem as variáveis que compõem o formulário da declaração de nascido vivo (DN), fonte dos dados trabalhados pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). As características dos nascimentos na cidade foram avaliadas segundo condições de gestação, características do parto, das mães e dos recém-nascidos. Também foi avaliada a qualidade do preenchimento dos formulários.

Introdução

Em 1990, o Ministério da Saúde implantava o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). A necessidade de criação desse sistema justificava-se pela precariedade das informações sobre nascimentos. Até então, essas informações eram obtidas através dos registros civis realizados nos cartórios que periodicamente enviavam mapas de apuração desses dados à Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE) que os analisava e divulgava. Entretanto, essa fonte de dados contém problemas de sub-registro e de qualidade/fidedignidade das informações. Para comprovar tais imprecisões foram realizados diversos trabalhos sobre o sub-registro legal dos nascimentos¹.

Assim como as informações sobre mortalidade, as estatísticas sobre os nascimentos compõem o campo de trabalho das estatísticas vitais. Em relação à mortalidade, o Ministério da Saúde já havia criado um sistema de informações em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), padronizando um tipo de formulário único - a declaração de óbito - para registro dos dados.

A criação do SINASC oferece uma resposta aos técnicos das mais diversas áreas, que se deparavam constantemente com a difícil tarefa de planejar, tendo como base estimativas. A caracterização de alguns aspectos sobre as condições de gestação, nascimento e características maternas passa a ser possível com a definição de um instrumento de coleta individual dos dados - a declaração de nascido

¹ Médica Epidemiologista, Subgerência de Dados Vitais, Gerência de Informação Epidemiológica, Coordenação de Programas de Epidemiologia, Superintendência de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. (GIE/COE/SSC/SMS-RJ)

² Médica Epidemiologista, Subgerente de Epidemiologia Aplicada aos serviços de Saúde, GIE/COE/SSC/SMS-RJ.

³ Médico Epidemiologista, Gerente de Informação Epidemiológica (GIE), COE/SSC/SMS-RJ.

Endereço para correspondência: Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar, sala 828, CEP 20211-110, Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ. Tel.: (021) 5032239; 5032247; 5032268; FAX: (021) 273-7242 - e-mail: cnoronha@pcrj.rj.gov.br

vivo (DN). À semelhança da declaração de óbito, a DN passa a ser um formulário de emissão obrigatória para que possa ser feito o registro civil do nascimento, seguindo a determinação estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8069 de 13/07/90, Ministério da Saúde, 1990.

A implantação do SINASC em nível nacional vem ocorrendo gradativamente e a cargo das secretarias estaduais de saúde. Alguns ajustes operacionais diferenciaram a capacidade de implantação do SINASC nos diversos municípios brasileiros².

No município do Rio de Janeiro, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos foi implantado em 1992, mas é em 1993 que alcança a cobertura mais próxima da totalidade dos eventos de nascimentos da cidade. Dessa forma, a partir de 1993 o SINASC passa realmente a fazer parte da rotina de todos os serviços de saúde do município.

Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), cabe à Subgerência de Dados Vitais, da Gerência de Informação Epidemiológica, da Coordenação de Programas de Epidemiologia, a responsabilidade pela administração do sistema. Esse gerenciamento compreende desde o controle da distribuição dos formulários de DN, para uso pelos estabelecimentos, até a análise e divulgação dos dados.

Um aspecto essencial do trabalho com o SINASC é a divulgação das informações por ele produzidas. Essa deve ser uma preocupação e um objetivo de todos os sistemas de informações. A partir de 1995, a SMS-RJ passa a criar canais de divulgação dessas informações, através de relatórios de trabalho, sobre o perfil dos nascidos vivos e mães residentes na cidade, sobre o perfil dos principais estabelecimentos de saúde e sobre a avaliação da qualidade de preenchimento da DN.

A divulgação das informações produzidas pelo SINASC tem alcançado não só as unidades de saúde do setor público mas também as privadas. Tem-se procurado chamar a atenção dos profissionais de saúde para a

importância do registro das informações básicas para o conhecimento das condições de saúde da população, para dessa forma poder intervir nos principais problemas.

O simples conhecimento do número de nascidos vivos a cada ano possibilita o cálculo da taxa de mortalidade infantil e da taxa de mortalidade materna, dois indicadores tradicionalmente utilizados para o monitoramento das condições de vida da população. Até a implantação do SINASC, o cálculo dessas taxas era realizado com base nas estimativas populacionais, o que gerava algumas imprecisões. A partir do SINASC, os dados disponíveis estão mais próximos da realidade.

Em relação à qualidade dos dados gerados pelo SINASC, é importante ressaltar que o preenchimento da DN é executado por profissionais de diferentes áreas e que, ao contrário da declaração de óbito, preenchida exclusivamente por médicos e com baixa qualidade das informações fornecidas, a DN é um formulário bem utilizado. Ao longo desses quatro anos de funcionamento do sistema observaram-se melhorias identificadas a partir do acompanhamento da freqüência do não-preenchimento dos campos que compõem a DN.

Após completados o processamento dos dados e as revisões pertinentes do ano de 1996, serão apresentados os resultados desses quatro anos de trabalho, compreendendo o período de 1993 a 1996, observando as possíveis mudanças de perfis e a indicação de outros fatos que deverão ser melhor explorados. Nesse período, a existência do SINASC vem representando um avanço inquestionável na possibilidade de conhecimento das condições de nascimento e da atenção oferecida às crianças e às mulheres cariocas.

Metodologia

Este trabalho refere-se às características dos nascidos vivos e de suas mães, no período de 1993 a 1996, tendo como base

as mães residentes no município do Rio de Janeiro. O formulário de DN é a fonte dos dados para o SINASC, sendo emitido pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, cadastrados junto à SMS-RJ. Esses estabelecimentos, após utilizarem os formulários de DN, os enviam, através dos Centros Municipais de Saúde, à Subgerência de Dados Vitais, responsável pelo processamento dos dados. A remessa das DNPs pelas unidades de saúde tem periodicidade quinzenal.

As DNPs de mães residentes no município do Rio de Janeiro cujos partos foram realizados em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro são recolhidas junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES). O processamento dos formulários é realizado por uma equipe de dois digitadores alcançando, em média ao ano, 100.000 formulários.

O processamento dos dados é realizado no programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) - DATASUS - também denominado SINASC. Esse programa possibilita a entrada dos dados de cada DN, que possui um número de identificação que permite a sua recuperação no sistema. O processamento de cada DN é atualmente melhor controlado por critérios que definem o dado digitado como pouco provável ou como impossível, impedindo o prosseguimento da digitação. Concluído o processamento das DNPs de cada mês de nascimento, é emitido um relatório de crítica, onde incongruências no preenchimento do formulário, erros de digitação ou situações pouco prováveis são conferidos e corrigidos. Esses procedimentos têm sido feitos desde a implantação do sistema.

Nesses quatro anos, algumas mudanças ocorreram no formato e conteúdo das informações que constam do formulário de DN. A diagramação do campo relativo à duração da gestação foi modificada, o que provocou um erro sistemático de preenchimento durante o ano de 1995. Também durante aquele ano foram

introduzidas duas novas variáveis - *pré-natal* e *aborto*.

A tabulação dos dados foi realizada a partir do TAB, um programa de tabulação desenvolvido pelo DATASUS/MS. Esse programa possibilitou a avaliação da distribuição de cada variável constante da DN. Também foi utilizado o programa EPI-INFO - versão 6.0.

Considerou-se que os dados deixados em branco, ou seja, em que não havia o preenchimento do campo correspondente, representavam informações não fornecidas pela unidade de saúde, porém supostamente existentes, e são apresentadas nas tabelas sob a denominação "sem informação". Para as demais variáveis com a opção "ignorado" estabeleceu-se que, quando esse item estava assinalado, o responsável pelo preenchimento do formulário buscou de todas as formas possíveis obter o dado, não logrando, entretanto, sucesso. É sobre o grupo de dados "sem informação" que foram desenvolvidas as análises de qualidade do preenchimento da DN.

A variável *filhos tidos*, que engloba, na verdade, três variáveis - *filhos vivos*, *filhos mortos* e *abortos* -, apresentou elevada freqüência de não preenchimento (mais de 50%). Isso obrigou a avaliação da distribuição dessas variáveis em função de algum outro dado que pudesse indicar um padrão de apresentação desse tipo de informação. A variável que mais possibilitava essa verificação era a idade materna.

Acreditava-se que o não-preenchimento desse campo na DN representava a ausência de filhos vivos anteriores e/ou de filhos mortos e/ou de abortos, e que a sua ocorrência variaria segundo a idade da mãe. Essa suposição foi baseada na apresentação completamente diferenciada dessas variáveis em relação às demais, levando em conta também que a maior parcela das mães estaria experimentando a primeira gestação e que a experiência de perda de um filho ou de

aborto não deveria quantitativamente ser tão frequente.

A observação da distribuição dessas variáveis - *filhos vivos, filhos mortos e abortos* - segundo a idade da mãe revelou que, para o grupo em que a variável *filhos vivos* estava em branco, a média de idade era de 22 anos, a mesma média encontrada para o grupo em que esta mesma variável estava preenchida com zero (0). Conforme havia a referência a um, dois, três, quatro filhos, e assim por diante, aumentava a média de idade materna. O mesmo comportamento foi observado para as variáveis filhos mortos e abortos, porém com médias mais elevadas de idade materna. Dessa maneira, considerou-se que o conjunto dos dados apresentados em branco (não preenchidos) representava zero.

Como este relatório refere-se a um período de quatro anos, a apresentação dos resultados se refere, em alguns momentos, à média do período.

Resultados

Local de Ocorrência e Mês de Nascimento

Mais de 90% das mulheres cariocas têm seus filhos em unidades de saúde da própria cidade

A cobertura dos nascimentos se consolidou, alcançando, em pouco tempo, o patamar dos 100%, não deixando dúvidas sobre a confiabilidade do sistema. De 1993 a 1996, a média anual de nascidos vivos de mães residentes na cidade do Rio de Janeiro foi de 97.187. O curto período de observação não permitiu fazer qualquer avaliação sobre tendências de crescimento ou decréscimo do número de nascimentos ao ano.

Para o período enfocado, encontra-se a média mensal de 8.099 nascimentos. Entretanto, pode-se observar que em alguns meses do ano - março e maio - essa média é ultrapassada, apresentando aproximadamente 12% de variação. Fica indicada a existência de concentrações periódicas dos nascimentos, o que futuramente poderá confirmar a presença de "sazonalidade" dos nascimentos (Tabela 1).

A maior parte das mães cariocas - em torno de 92,2% ao ano - teve seus filhos na própria cidade do Rio de Janeiro (Tabela 2). Outras cidades procuradas para realização do parto foram, principalmente, São João de Meriti, São Gonçalo, Niterói, Itaguaí, Nilópolis, Nova Iguaçu e Duque de Caxias. Todas essas cidades juntas responderam, em média, por 7,3% dos nascimentos. É importante lembrar que essas cidades vêm sendo caracterizadas pela precariedade de recursos na área de saúde, o que faz supor a existência de algum outro fator atrativo, como a realização indiscriminada de laqueadura tubária por alguns estabelecimentos de saúde.

As Maternidades

Os serviços de saúde públicos e privados conveniados com o SUS concentraram, em 1996, 64,6% dos recém-nascidos da cidade

O processo de municipalização das unidades de saúde federais inicia-se em 1995 com a pré-municipalização da Maternidade Leila Diniz, localizada no bairro de Jacarepaguá (16^a RA - AP 4). Em 1996, três importantes maternidades públicas federais - a Maternidade Praça XV, a Maternidade Carmela Dutra e a Maternidade Alexander Fleming - incorporaram-se a este processo. Em função disso, a distribuição dos nascidos vivos por tipo de unidade sofre alterações a partir de 1996, pelo aumento da participação da esfera municipal (Tabela 2). Mantém-se a média de participação do setor privado em 33,8% e da esfera pública em 66,2%. No período enfocado, a participação do setor privado não conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) passa de 30,3% para 35,4%. Em relação às unidades privadas conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), grande parcela das crianças nasceu na Casa de Saúde Santa Helena, localizada no bairro de Bangu - 17^a Região Administrativa (RA) - e na Casa de Saúde e Maternidade de Campinho, localizada no bairro de Marechal Hermes - 15^a RA.

A ocorrência de partos domiciliares na cidade, nesses quatro anos, mantém-se discreta,

oscilando em torno de 0,06% (Tabela 3).

Sexo

Continuam nascendo mais meninos do que meninas

Predominam os recém-nascidos do sexo masculino (Tabela 3). A razão de masculinidade - a relação entre o número de crianças do sexo masculino e feminino - foi, em média, de 1.051 meninos para 1.000 meninas.

A freqüência de não-preenchimento desse dado permaneceu, em média, em 0,4%. Considera-se boa a qualidade do preenchimento dessa variável. Cabe lembrar a inexistência, no formulário da DN, da opção "sexo ignorado", o que dificulta o seu preenchimento naqueles casos de genitália indefinida, como para as situações de malformações congênitas.

Peso ao Nascer

O baixo peso ao nascer estava vinculado à prematuridade em 40% dos casos, e essas duas situações juntas contribuem para a mortalidade perinatal

O peso ao nascer é uma das principais informações para a avaliação das condições de gestação. O baixo peso, presente em gestações a termo e únicas, indica a presença de intercorrências - desnutrição materna, infecções, transtornos hipertensivos maternos. Estes problemas acabam por afetar o desenvolvimento intra-uterino, colocando em risco a capacidade de sobrevivência desses recém-nascidos. Problemas no acompanhamento pré-natal contribuem para a existência de boa parte desses casos.

A variável peso ao nascer apresentou-se, durante o período, com um mesmo perfil de distribuição. A freqüência de baixo peso (abaixo de 2.500 gramas) oscilou pouco, em torno de 9,5% (Tabela 3). Esse percentual deve ser relativizado em função da duração da gestação, ou seja, da ocorrência de prematuridade, daí a presença do baixo peso e do tipo de gravidez, apesar de ser pouco

freqüente, com a presença de gestações múltiplas.

A freqüência de prematuridade, entre os recém-nascidos com baixo peso, oscilou de 40 a 46% respectivamente para os anos de 1993 e 1996. Excluindo-se os recém-nascidos prematuros dessa avaliação, a freqüência de baixo peso para as gestações a termo cai para a faixa de 5,3 a 5% respectivamente em 1993 e 1996. Essas avaliações não discriminaram o tipo de gravidez - única, dupla, tríplice, mais de três. Entretanto, levando-se em consideração que a maioria das gestações foi única - aproximadamente 97% - essa característica não influenciou as distribuições apresentadas.

A maior parte dos nascidos vivos teve o peso adequado, sendo que 60% situavam-se na faixa de 3.000 a 3.999 gramas. O sobre peso (igual ou superior a 4.000 gramas) apresentou-se em 4,7% dos bebês.

Em 1993, a ausência de informação sobre o peso ao nascer foi de 1,2%. No ano de 1996 esse percentual caiu para um pouco menos que a metade - 0,5%. Apesar dessa ausência de informação não ser expressiva, ela vem caindo, confirmando a impressão de que o sistema vem se aprimorando.

Apgar no 1º e 5º Minutos

Melhora a informação sobre Apgar

O índice de Apgar representa as condições de vitalidade dos recém-nascidos. É um índice medido, em geral, pelo pediatra da sala de parto, no primeiro e no quinto minutos de vida através de alguns sinais - cor da pele, respiração, batimentos cardíacos, tônus muscular e respostas a estímulos nervosos. Esses sinais recebem pontuações de zero a dois que são somadas, configurando um valor final cuja variação é de 0 a 10.

É importante ressaltar que o Apgar igual a zero (0), seja ele do primeiro ou do quinto minuto, não indica natimortalidade, mas condições de extrema gravidez, nas quais, entretanto, não é confirmado o óbito. Dessa forma a apresentação da distribuição do Apgar

está considerando o registro do Apgar como zero (0) no primeiro ou no quinto minuto.

Outro aspecto a ser considerado em relação ao Apgar igual a zero é que, diante dos avanços dos recursos utilizados em neonatologia, aquelas situações de extrema gravidade no nascimento, atualmente, podem ser revertidas.

O índice de Apgar foi trabalhado em três faixas de valores. Um valor de Apgar menor ou igual a três (3) equivale à anóxia grave; de quatro (4) a seis (6), à anóxia moderada; sete (7) corresponde à anóxia leve e acima de oito (8) equivale aos recém-nascidos em boas condições³. Como era esperado, a maioria dos nascidos vivos, nesses quatro anos, encontrava-se em boas condições ao nascimento (Tabela 3).

De 1993 a 1996, a freqüência de anóxia grave tem se apresentado em torno de 2,3% para o Apgar no primeiro minuto e 0,5% para o Apgar no quinto minuto. A anóxia moderada manteve-se em média presente em 9% dos nascidos vivos para o Apgar no primeiro minuto e em 2,1% para o quinto minuto. A menor presença de gravidade no quinto minuto reflete a recuperação clínica das condições dos recém-nascidos, após receberem cuidados adequados.

A presença de anóxia moderada, medida através do Apgar do primeiro minuto de vida, apresenta-se com variações expressivas - de 14 a 22%. Essas diferenças foram maiores do que aquelas encontradas para o Apgar no quinto minuto, oscilando entre 3,8 e 4,9%. Possivelmente isso se deve à existência de alguma dificuldade técnica para definição de um nível limítrofe, entre o recém-nascido "normal" e aquele com algum grau de sofrimento, pois alguns dos sinais que compõem o Apgar apresentam certo grau de subjetividade.

Desde a implantação do SINASC, o não-preenchimento do Apgar, principalmente o do quinto minuto, chamava a atenção pela elevada freqüência (Tabela 3). Tal fato inviabilizava uma análise segura do perfil dessa

variável.

A remessa de relatórios sobre a qualidade do preenchimento da DN aos estabelecimentos de saúde da cidade que mais emitiam DN resultou na melhoria do preenchimento do formulário. Nesses relatórios abordava-se, de maneira particular, o desempenho de cada unidade de saúde e os campos da DN que mais eram deixados em branco, entre eles o Apgar. O não-preenchimento do campo reservado para o registro do Apgar no primeiro minuto passa de 9,5% em 1993 para 3,9% em 1996. Em relação ao Apgar no quinto minuto, a queda de ausência de informações foi ainda maior, ou seja, de 18,5% em 1994 para 4,4% em 1996 (Tabela 3).

Duração da Gestação

A prematuridade contribui para a mortalidade perinatal, expressando, em parte, a manutenção de problemas na assistência durante o pré-natal

A partir da duração da gestação é possível identificar a presença de prematuridade e problemas no desenvolvimento intra-uterino, ao confrontar a duração da gestação e o peso ao nascer.

Define-se por prematuridade aquelas gestações com duração de até 36 semanas (inclusive). Em relação ao desenvolvimento intra-uterino é possível identificar nas gestações a termo (37^a a 41^a semanas), os recém-nascidos considerados pequenos para a idade gestacional (PIG). Consideram-se os bebês cujas gestações tiveram duração igual ou superior a 42 semanas como recém-nascidos pós-termo.

A freqüência de prematuridade esteve, em média, em 6,4% (Tabela 4). Ao se discriminar a duração da gestação, encontrou-se, para os nascidos vivos a termo e pós-termo, a freqüência de 5,7% de baixo peso em 1993, de 6,1% em 1994, de 5,9% em 1995 e 5,4% em 1996.

Tanto a prematuridade, quanto a existência do baixo peso ao nascer, para as gestações a termo e pós-termo, indicam que o desenvolvimento intra-uterino foi prejudicado

por algum(s) fator(es). Em geral, esses prejuízos referem-se a processos não identificados e não controlados a tempo como infecções que afetam o feto, a desnutrição materna, a hipertensão materna ou outras doenças preexistentes ou específicas da gestação. Essas situações deveriam estar sendo reconhecidas através do acompanhamento pré-natal e conduzidas adequadamente⁴. A existência de prematuridade e/ou baixo peso representa problemas objetivos à sobrevivência do recém-nascido, determinando muitas vezes a sua viabilidade ou as causas da sua mortalidade.

A ausência de informações sobre a duração da gestação - "sem informação" - vem caindo de 1993 para 1996, o que representa a melhoria do preenchimento do formulário (Tabela 4). O percentual de gestações com tempo de duração ignorado no período ficou, em média, em 0,8%.

Tipo de Gravidez

Mantém-se baixa a freqüência de gestações múltiplas na cidade

A existência de gestações múltiplas não alcança freqüências importantes na cidade do Rio de Janeiro, girando em torno de 1,9% ao ano para o período analisado. Entretanto, a presença de uma gravidez múltipla (gêmeos, trigêmeos etc.) configura uma gestação com maior risco, requerendo acompanhamento diferenciado. Em geral, nessas gestações há uma maior freqüência de baixo peso e prematuridade.

A freqüência de não-preenchimento do campo sobre tipo de gravidez na DN - "sem informação" - não era alta desde o início do SINASC e vem caindo nestes quatro anos (Tabela 4). Para os registros ignorados observa-se, da mesma maneira, percentuais inexpressivos - 0,02% em média.

Tipo de Parto

É crescente a realização de partos cesarianas nas unidades de saúde do setor privado

O crescimento da realização de partos cesáreos tem sido objeto de interesse de vários

setores da sociedade. Os órgãos gestores do sistema de saúde, os grupos organizados da sociedade e os profissionais de saúde envolvidos com a prestação de cuidados à saúde da mulher e da criança têm investido no monitoramento dessa tendência e na sua reversão.

As indicações para realização da cesariana existem e foram definidas tecnicamente pelos órgãos especializados e representativos da área de obstetrícia. No entanto, a elevada freqüência desse tipo de parto faz crer que essas indicações não vêm sendo seguidas. Na cidade do Rio de Janeiro, a freqüência de cesarianas passou de 41,2% em 1993, para 46,9% em 1996 (Tabela 4).

Optar pelo parto cesáreo, naquelas situações em que se poderia deixar evoluir o parto espontâneo, pode introduzir fatores que aumentarão as taxas de mortalidade materna e neonatal precoce. Certamente, a conduta obstétrica - corretamente aplicada - para a realização de uma cesariana pode salvar uma vida. A prática abusiva dessa conduta, e na proporção atualmente presente, aumentará a freqüência das complicações que poderão resultar desse tipo de procedimento.

A realização de cesariana foi mais freqüente nos estabelecimentos privados e para as mulheres com nível de instrução mais alto. A observação do perfil das unidades de saúde da cidade, que será objeto de um relatório específico, possibilitou identificar padrões quanto à realização de cesarianas. Aquelas unidades, caracterizadas por atenderem principalmente às mulheres com melhores condições sócio-econômicas, apresentaram as maiores freqüências de realização de cesariana, ultrapassando em muito a média desse tipo de parto encontrada para o município. As razões para esta situação estão relacionadas a questões socioeconômicas e culturais, que ditam formas de atuar profissionalmente nem sempre voltadas para a promoção da saúde.

A freqüência de dados sobre o tipo de parto deixados em branco vem caindo, mantendo-se na média de 0,4%. Já o percentual de informação ignorada é extremamente baixo

- 0,01%. Esta última situação provavelmente envolve as DNs fornecidas alguns dias após a realização do parto e em que não havia registro no prontuário sobre a intervenção realizada mas confirmava-se o nascimento na unidade de saúde.

Pré-natal

A freqüência de realização de pré-natal surpreende as expectativas

O acompanhamento pré-natal representa uma ação fundamental para qualificação da atenção prestada à saúde da mulher e da criança. Muitas das causas da mortalidade materna e da mortalidade perinatal estão relacionadas diretamente à não-identificação, durante o pré-natal, de condições que poderão afetar a saúde da mulher. Entre essas situações estão as infecções (sífilis, AIDS, rubéola), a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a desnutrição etc. Outros processos patológicos originam-se durante a própria gestação, como hipertensão e diabetes gestacionais. Todas estas condições, que poderiam ser perfeitamente controladas, quando não identificadas podem determinar a prematuridade, o baixo peso, dificuldades na condução do trabalho de parto; quadros que definirão situações de risco e que terminam por levar à mortalidade materna e perinatal.

A informação sobre a realização do pré-natal foi introduzida na DN em 1995. Por isso, a observação dessa variável ficou restrita a dois anos. Pode-se observar que, mesmo no ano de 1995, quando a freqüência de não-preenchimento desse campo foi extremamente elevada - 23,7% - a realização do pré-natal estava indicada em 67,8% dos nascidos vivos. No ano de 1996, quando a freqüência de não-preenchimento cai para 6,5%, o percentual de realização de pré-natal atinge 76,2% (Tabela 4).

Segundo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM - a mulher é considerada assistida no pré-natal quando comparece a um número de seis consultas durante a gravidez. Tendo esse parâmetro como referência, a freqüência de realização de pré-natal na cidade do Rio de Janeiro em 1995 foi de 46,1% e, em 1996, de 50,1%. Os dados de 1996

aproximam-se do que foi encontrado em recente pesquisa realizada no Brasil, em que a freqüência de realização do pré-natal com quatro ou mais visitas foi de 77%⁵. Deve-se observar, entretanto, que os dados apresentados na DN não permitem a fragmentação da análise sobre a realização de pré-natal em quatro consultas ou mais, o que possivelmente justifica as diferenças encontradas.

A expressiva freqüência de não-preenchimento do campo da DN sobre a realização de pré-natal, no ano de 1995, provavelmente deveu-se ao fato dele ter sido introduzido no formulário naquele ano e os responsáveis pelo preenchimento não estarem esclarecidos sobre o seu uso. A freqüência de informações ignoradas sobre pré-natal permaneceu baixa nesses dois anos, em torno de 2,5%.

Idade da Mãe

Cresce o número de mães adolescentes

A distribuição etária das mães na cidade manteve-se a mesma, com o predomínio dos grupos etários dos 20 aos 29 anos (Tabela 5). A freqüência média de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 17,4%. A freqüência de mães adolescentes - idade menor ou igual a 19 anos - vem indicando uma tendência de crescimento que só poderá ser confirmada com maior tempo de observação. Essa freqüência apresentou uma variação de 27,9%, de 1993 a 1996. Entretanto, no mesmo período, o grupo de mães de dez aos 14 anos de idade foi o que apresentou proporcionalmente a maior variação, ou seja, 73,9%.

A gravidez na adolescência compreende uma série de condições - anatômicas, fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais - que poderão determinar um maior risco para a mortalidade perinatal e para a mortalidade materna. Dessa forma, é um grupo que requer acompanhamento específico durante o pré-natal e orientações sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis e a sua

correta forma de utilização.

A freqüência de não-preenchimento da idade da mãe, na DN, vem caindo (Tabela 5), tendo ficado em média, no período, em 2,6%.

Escolaridade da Mãe

Melhora o nível de instrução das mães

A escolaridade da mãe é outra importante variável para a análise das condições de risco para mortalidade infantil e materna. Ela expressa a situação socioeconômica da mãe e do contexto familiar em que estará inserido o recém-nascido. Vários trabalhos desenvolvidos na área da saúde da criança comprovam a importância do grau de instrução dos pais e, em particular, da mãe para o risco daquela adoecer e morrer durante a infância.

O acesso às ações preventivas - imunização, terapia de reidratação oral, acompanhamento pré-natal, aleitamento materno etc. - e o seu correto entendimento e utilização pela população em geral são profundamente influenciados pelos anos de estudo de cada pessoa. O nível de instrução interfere na capacidade de encaminhamento de soluções e nos tipos de opções que cada um define.

Na cidade do Rio de Janeiro, o perfil de escolaridade das mães mantém-se inalterado de 1993 a 1996 (Tabela 5). No entanto, observa-se um relativo decréscimo das mães com nenhuma escolaridade ou 1º grau incompleto e o aumento da freqüência de mães com escolaridade do 1º grau completo e, de forma mais evidente, para o 2º grau. Com escolaridade do nível superior, encontravam-se em média 10% das mães.

A qualidade do preenchimento do campo sobre escolaridade mostra melhorias. Entretanto, o percentual de informação ignorada para escolaridade vem aumentando (Tabela 5), possivelmente pelo não-registro desse dado nos formulários hospitalares e prontuários médicos.

Filhos Vivos, Filhos Mortos e Abortos

Aproximadamente 50% das crianças nascidas a cada ano representavam a primeira experiência

de maternidade das mulheres

O conjunto das variáveis - filhos vivos, filhos mortos e abortos - serve para caracterização da história gestacional anterior ao recém-nascido para o qual está sendo emitida a DN. Esse histórico permite a identificação da multiparidade, da natimortalidade e da freqüência de abortos. Todas essas ocorrências poderão configurar uma situação de risco para a sobrevivência infantil e, dessa forma, indicar cuidados de saúde diferenciados no primeiro ano de vida.

Após a avaliação da qualidade dessas informações, considerando até 1995 os campos deixados em branco como sendo "sem informação", reconsiderou-se essa análise. Tal procedimento foi explicado no item sobre a metodologia e, em resumo, assumiu os registros deixados em branco como zero (0). Em função deste recorte metodológico, para essas variáveis não haverá freqüência de informações ignoradas.

Aproximadamente 50% das crianças nascidas a cada ano representavam a primeira experiência de maternidade daquelas mulheres (Tabela 5). A diminuição da fecundidade possivelmente tem afetado o comportamento dessa variável. A freqüência média de mulheres que havia tido um (1) filho esteve, nos quatro anos de observação, em 28,5%. A distribuição encontrada assemelha-se àquela apresentada para Porto Alegre, no período de 1992 a 1995^{6,7}.

A experiência de filhos mortos apresentou-se, em média, de 1993 a 1996, em 4,6%. Essa freqüência, que em 1993 era de 6%, em 1996 chega a 3,1% (Tabela 5). Esse decréscimo pode estar relacionado com a diminuição da mortalidade infantil, principalmente às custas das causas pós-neonatais, e com a diminuição da fecundidade.

A ocorrência de aborto começou a ser medida a partir de 1995, ano em que essa variável foi introduzida no formulário da DN. A freqüência observada de aborto situou-se em 14,2 % para 1995 e 15,6% em 1996 (Tabela 5). Não há possibilidade de diferenciar os

abortos provocados dos espontâneos. A referência da experiência de abortamento nem sempre é feita tranquilamente pelas mulheres, principalmente quando esses abortos foram provocados. Acredita-se que as freqüências apresentadas sejam parcialmente reveladoras da realidade.

A identificação dos abortos por doenças prévias ou por doenças adquiridas durante a gestação pode permitir a definição de situações de risco em gestações futuras e o correto encaminhamento dos cuidados necessários durante o pré-natal. Da mesma forma, a identificação da multiparidade e da freqüência de mortes infantis. Portanto, esse é um dado que poderá influenciar decisivamente na saúde da mulher, apontando para o planejamento de ações de saúde específicas e eficazes.

Área de Residência da Mãe e Área de Ocorrência do Nascimento

Algumas áreas da cidade funcionam como pólos de atração das gestantes no momento do parto

A busca por assistência médica no momento do parto segue a lógica da distribuição dos serviços de saúde pela cidade, da oferta de serviços especializados e da identificação informal, pela população, de serviços de qualidade. Essas diferentes lógicas resultam em um movimento entre as áreas que compõem o município, concentrando em algumas delas um maior número de mulheres no momento do parto.

Para a cidade do Rio de Janeiro, a visualização da migração das gestantes no momento do parto foi realizada confrontando-se a Área Programática (AP) de residência com a de ocorrência do parto. O município se divide em cinco áreas, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde subdivide três delas em outras cinco áreas, totalizando dez (10) APs.

Foram observados, nesses quatro anos, padrões semelhantes de deslocamento entre as APs, mas com algumas mudanças, principalmente de 1994 para 1996. Destaca-se a participação da AP 1, que comprehende os

bairros do centro, absorvendo percentuais expressivos de mulheres residentes em outras APs, em particular da AP 3.1, que é composta por alguns bairros da zona norte. Provavelmente este fluxo se dê pela localização na AP 1 da Maternidade Praça XV - unidade de referência para gestações de risco - e da Associação Pró-Matre, dois estabelecimentos de saúde concentradores de grande número de partos.

Pode-se observar, de 1993 para 1996, um decréscimo progressivo do deslocamento de gestantes residentes na AP 4 para a AP 1. Dois aspectos são importantes nessa variação: a abertura de leitos da Maternidade Leila Diniz no segundo semestre de 1994 e o intenso crescimento demográfico da AP 4. Dessa forma, a abertura de leitos desafoga a migração para a AP 1 mas, mantido o ritmo de crescimento da área, as necessidades poderão ampliar-se gradativamente.

No período de março a setembro do ano de 1996, a maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) esteve fechada para obras, sendo esse serviço transferido para a Maternidade da Praça XV, o que explica o deslocamento das gestantes da AP 2.1 para a AP 1.

Outras áreas da cidade apresentaram-se como importantes receptoras de gestantes no momento do parto, destacando-se a AP 2.1, que envolve os bairros da zona sul da cidade, absorvendo principalmente as mães residentes nas APs 2.2 e 4. Essa migração está, possivelmente, relacionada à situação sócio-econômica das gestantes e à busca por estabelecimentos de saúde, em geral, privados, que atendem primordialmente grupos sociais específicos.

A AP 3.3 apresentou-se como outra área com importante participação na absorção de boa parte das gestantes residentes na AP 4 e AP 5.1. Deve-se ressaltar a presença, nesta área, da Maternidade Alexander Fleming, que funciona como unidade de referência para gestações de risco, e da Maternidade de Campinho, uma unidade privada conveniada

com o SUS.

A AP 4 mostra a crescente ampliação da sua capacidade de absorver as gestantes residentes naquela própria área, a partir da abertura da Maternidade Leila Diniz, aumentando em 75,5% a absorção das gestantes residentes na área, no período enfocado.

Na zona oeste, que é composta pelas APs 5 - 5.1; 5.2; 5.3 - o fluxo se dá principalmente dentro destas três áreas, destacando-se como grande receptora a AP 5.1, onde se localiza a Casa de Saúde Santa Helena, outra unidade de saúde privada e conveniada com o SUS.

A freqüência de informações ignoradas, não permitindo a identificação da área de residência da mãe no município do Rio de Janeiro, foi pequena para os quatro anos analisados, não ultrapassando 0,8% dos registros.

Comentários

Desde o início do funcionamento do SINASC, o sistema vem se aprimorando e adquirindo cada vez mais qualidade. Consolidase, portanto, uma base de dados útil para o monitoramento das condições de nascimento na cidade e das práticas na área da saúde da criança e da mulher.

As distorções da prática médica evidenciam a crescente realização de intervenções, provavelmente desnecessárias, como indica a elevada freqüência de cesarianas. Os critérios científicos que balizavam as indicações desse tipo de procedimento cedem lugar a orientações de outra natureza, provavelmente ditadas por razões sócio-econômicas e culturais. Cria-se, dessa forma, uma série de situações de risco, que poderão contribuir para a mortalidade materna e perinatal.

Fica evidente, pelo perfil encontrado nesses quatro anos de SINASC, que a realização de cesarianas está relacionada ao grau de instrução da mãe, indicando, portanto, um viés

na conduta médica. De acordo com a inserção social da mulher, indica-se a realização desse tipo de procedimento. É necessário ativar a consciência dos profissionais da área de saúde para informar àquelas mulheres que os procuram sobre porque optar por um procedimento e não outro, as indicações e os riscos aos quais estarão expostas.

Com o SINASC abre-se a possibilidade de identificação dos recém-nascidos com baixo peso, dos prematuros, dos recém-nascidos de mães adolescentes, enfim, de situações que caracterizam risco à sobrevivência infantil. A partir desse sistema de informações, passa a ser possível diferenciar as necessidades de acompanhamento, nos serviços de puericultura, para os recém-nascidos com algum grau de risco para sua sobrevivência.

A própria maternidade, uma vez tendo sido estabelecidos os critérios de risco, pode sistematizar os seus trabalhos através do formulário da DN, que servirá como um instrumento de consolidação das informações básicas para discriminação daqueles critérios. Esta experiência de trabalho foi desenvolvida na Maternidade Carmela Dutra, através de convênio com o Núcleo de Estudos de Saúde Comunitária (NESC) da UFRJ, durante a segunda metade do ano de 1995 e início do ano de 1996. Através desse trabalho, os recém-nascidos identificados como sendo de risco eram encaminhados, com consulta agendada, aos serviços de puericultura da rede básica de saúde, que então estabelecia um calendário específico de consultas, de acordo com os problemas apresentados. Iniciativas como esta devem ser estimuladas pois poderão incidir em uma redução ainda maior da mortalidade pós-neonatal⁸.

As principais causas de mortalidade perinatal e materna estão relacionadas às falhas no atendimento oferecido à gestante. Nesse sentido, as necessidades de investimento se voltam para a qualificação da atenção pré-natal e obstétrica oferecida às mulheres, para a racionalização da oferta dos leitos obstétricos existentes e sua ampliação. Mudanças que

certamente reduziriam as taxas de mortalidade infantil, perinatal e materna.

Outro aspecto importante revelado pelo SINASC é o deslocamento das gestantes no momento do parto pelas diferentes áreas da cidade. Esse movimento expressa algumas características da organização do sistema de saúde na cidade, como a diferenciação da oferta de serviços de saúde nas áreas que compõem o município e a capacidade, também diferenciada desses serviços, de absorverem essa demanda específica. Outra característica importante é a existência de unidades de saúde identificadas formalmente como sendo de referência pelo próprio sistema de saúde, ou identificadas informalmente como sendo de referência pela qualidade da atenção que prestam à saúde da população.

A qualificação do SINASC vem se dando satisfatoriamente desde a sua implantação, considerando que o percentual de não-registro de informações por variável vem caindo a partir de 1993. Apesar da implantação recente, o SINASC apresenta-se como um sistema de informações de boa qualidade. Em parte, a própria finalidade do documento, ou seja, registrar um nascimento, pode estar influenciando em um maior cuidado no preenchimento da DN. Como reverso dessa situação encontra-se a baixa qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito, um documento preenchido exclusivamente por médicos. Provavelmente essas duas situações opostas - nascimento e morte - influenciam no momento do preenchimento dos formulários, o que se refletirá na qualidade dos dados daí extraídos.

Apesar dos avanços, a manutenção de dados ignorados para algumas informações da DN é uma situação inadmissível. Os responsáveis pelo preenchimento devem ser estimulados a buscar nos registros médico-hospitalares ou através de entrevista com a própria gestante ou familiares, as informações que faltam. Portanto, ainda há o que melhorar para consolidar ainda mais este sistema de informações.

É necessário continuar investindo na divulgação das informações produzidas pelo SINASC. A sua utilização pela sociedade e o seu aperfeiçoamento como sistema de informação dependem da disseminação desses conhecimentos.

Bibliografia

1. CBCD - Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português (MS/USP/OPAS-OMS) - Núcleo de Estudos em População e Saúde - NEPS/USP. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, Série Divulgação N^o 7. São Paulo, 1992.
2. Mello Jorge, M.H.P. de; Gotlieb, S.L.D.; Oliveira, H. de. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos: Primeira Avaliação dos Dados Brasileiros. *Informe Epidemiológico do SUS* - Ano V - n^o 2 - Abr a Jun/1996.
3. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Informação Científica e Tecnológica. Convênio IPLAN-FIOCRUZ. Projeto " Relação Saúde e Qualidade Ambiental... ". Etapa 6: Produto 3, Relatório Final., maio 1995 (mimeo).
4. Rodrigues, C.S.; Miranda, H.; Júnior, M.; Evangelista, P.A.; Ladeira, R.M. & Laudares, S. Perfil dos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte, 1992-1994. *Cadernos de Saúde Pública*. 13(1):53-57, jan-mar, 1997.
5. BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil & Programa de Pesquisa de Demografia e Saúde(DHS) Macro International Inc. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS,1996.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Centro de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação em Saúde. PRÁ-SABER: informações de interesse à saúde, v 1. n 2 (jun). CEDIS, Porto Alegre, RS, 1996.
7. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Centro de Vigilância em Saúde,

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos na Cidade do Rio de Janeiro 1993/1996

Equipe de Informação em Saúde. PRÁ-SABER: informações de interesse à saúde, v 1. n 4 (nov). CEDIS, Porto Alegre, RS, 1996.

8. Fundação SEADE. Nascer Aqui. Análise de uma nova fonte de dados sobre os nascimentos. Informe Demográfico Nº 29. São Paulo, 1995

Tabela 1 - Nascidos Vivos de mães residentes no Município do Rio de Janeiro segundo mês de nascimento, no período de 1993 a 1996.

Mês	Ano							
	1993		1994		1995		1996	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Janeiro	7.731	8,21	7.959	8,12	8.449	8,7	8.797	8,85
Fevereiro	6.991	7,42	7.959	8,12	7.663	7,89	8.394	8,45
Março	7.856	8,34	9.548	9,74	9.084	9,35	9.147	9,20
Abri	7.672	8,15	8.938	9,11	8.521	8,77	8.438	8,49
Mai	8.681	9,22	9.168	9,35	9.097	9,36	8.778	8,83
Junho	8.083	8,58	8.359	8,52	8.853	9,11	8.358	8,41
Julho	8.412	8,93	7.984	8,14	8.466	8,71	8.606	8,66
Agosto	8.086	8,59	7.804	7,96	7.917	8,15	8.164	8,21
Setembro	8.083	8,58	7.973	8,13	7.466	7,68	8.277	8,33
Outubro	7.897	8,39	7.689	7,84	7.238	7,45	7.516	7,56
Novembro	7.324	7,78	6.828	6,96	6.967	7,17	6.985	7,03
Dezembro	7.351	7,81	7.867	8,02	7.436	7,65	7.933	7,98
Total	94.167	100,0	98.076	100,0	97.157	100,0	99.393	100,0

Fonte: GIE/COE/SSC/SMS-RJ

Tabela 2 - Nascidos Vivos de mães residentes no Município do Rio de Janeiro segundo tipo de estabelecimento de saúde e município de ocorrência do parto, no período de 1993 a 1996.

Variáveis	Ano							
	1993		1994		1995		1996	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Município de Ocorrência								
Rio de Janeiro	87.655	93,1	90.602	92,4	88.495	91,1	92.061	92,6
São João de Meriti	2.426	2,6	2.800	2,9	2.874	2,9	3.028	3,1
São Gonçalo	1.205	1,3	1.041	1,1	1.245	1,3	1.322	1,3
Niterói	688	0,7	1.049	1,1	1.399	1,4	416	0,4
Itaguaí	565	0,6	824	0,8	874	0,9	874	0,9
Nilópolis	521	0,5	635	0,6	781	0,8	711	0,7
Nova Iguaçu	390	0,4	387	0,4	509	0,6	335	0,3
Duque de Caxias	472	0,6	479	0,5	572	0,6	1	0,0
Belford Roxo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	345	0,4
Outros	220	0,2	243	0,2	408	0,4	297	0,3
Ignorado	25	0,0	16	0,0	0	0,0	3	0,0
Total	94.167	100,0	98.076	100,0	97.157	100,0	99.393	100,0
Tipo de Estabelecimento								
Municipais	13.321	14,2	11.752	12,0	9.536	9,8	23.586	23,9
Estaduais	5.450	5,8	7.016	7,2	6.861	7,1	6.478	6,6
INAMPS/MS	16.140	17,2	15.142	15,5	17.278	17,8	4.791	4,8
Militares	2.697	2,8	3.252	3,3	2.820	2,9	2.795	2,8
Filantrópicas	7.457	7,9	7.304	7,4	6.672	6,8	6.901	7,0
Universitárias	3.113	3,3	3.597	3,7	3.572	3,6	3.334	3,3
Privadas	22.000	23,4	25.487	26,0	26.380	27,2	27.769	28,1
Privadas c/SUS	17.470	18,6	17.006	17,3	15.307	15,8	16.281	16,5
Unidades Outros Municípios	6.484	6,8	7.475	7,6	8.659	9,0	7.364	7,0
Total	94.132	100,0	98.031	100,0	97.085	100,0	99.299	100,0

Fonte: GIE/COE/SSC/SMS-RJ

Obs: no item relativo ao município de ocorrência foram excluídos os partos domiciliares.

(*) Para o ano de 1995 foram incluídos no item das unidades municipais os recém-nascidos da Maternidade Leila Diniz.

(**) Para o ano de 1996 foram incluídos no item das unidades municipais os recém-nascidos das Maternidades da Praça XV, Alexander Fleming, Carmela Dutra e Leila Diniz.

Tabela 3 - Nascidos Vivos de mães residentes no Município do Rio de Janeiro segundo características do recém-nascido, no período de 1993 a 1996.

Características ao nascer	Ano							
	1993		1994		1995		1996	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Local de ocorrência								
Hospital e outros estabelecimentos	94.124	99,95	98.022	99,94	97.068	99,91	99.281	99,9
Domicílio	35	0,0	45	0,0	72	0,0	94	0,1
Outros	8	0,0	9	0,0	17	0,0	18	0,0
Sexo								
Masculino	48.161	51,1	49.946	50,9	49.356	50,8	50.956	51,3
Feminino	45.657	48,5	47.766	48,7	47.404	48,8	48.041	48,3
Sem informação	349	0,4	364	0,4	397	0,4	396	0,4
Peso ao nascer (kg)								
< de 0,5	38	0,0	40	0,0	37	0,0	37	0,0
0,5-0,99	362	0,4	392	0,4	419	0,4	446	0,5
1,0-1,49	778	0,8	858	0,9	848	0,9	864	0,9
1,5-1,99	1.654	1,7	1.715	1,7	1.821	1,9	1.753	1,7
2,0-2,49	6.004	6,4	6.418	6,5	6.350	6,5	6.260	6,3
2,5-2,99	22.056	23,4	24.015	24,5	23.684	24,40	24.020	24,2
3,0-3,49	37.739	40,2	39.688	40,5	39.235	40,3	40.291	40,5
3,5-3,99	19.698	20,9	19.759	20,20	19.482	20,1	20.579	20,7
4,0-4,99	4.617	4,9	4.300	4,4	4.458	4,6	4.567	4,6
+ de 5,0	59	0,1	58	0,1	78	0,1	63	0,1
Sem informação	1.162	1,2	833	0,8	745	0,8	513	0,5
Apgar 1º minuto								
0 a 3	2.106	2,2	2.160	2,2	1.879	1,9	2.261	2,3
4 a 6	9.312	9,9	9.304	9,5	7.916	8,2	8.069	8,1
7	20.262	21,5	14.418	14,7	14.527	15,0	22.586	22,7
8 a 10	53.583	56,9	58.634	59,8	62.217	64,0	62.594	63,0
Sem informação	8.904	9,5	13.560	13,8	10.618	10,9	3.883	3,9
Apgar 5º minuto								
0 a 3	506	0,5	488	0,5	472	0,5	505	0,5
4 a 6	2.051	2,2	1.954	2	1.862	1,9	1.970	2,0
7	4.584	4,9	4.304	4,4	3.658	3,8	3.857	3,9
8 a 10	76.860	81,6	73.206	74,6	76.436	78,7	88.723	89,3
Sem informação	10.166	10,8	18.124	18,5	14.729	15,1	4.338	4,3
Total	94.167	100	98.076	100	97.157	100	99.393	100

Fonte: GIE/COE/SSC/SMS-RJ

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos na Cidade do Rio de Janeiro 1993/1996

Tabela 4 - Nascidos Vivos de mães residentes no Município do Rio de Janeiro segundo características da gestação, no período de 1993 a 1996.

Características da Gestação	Ano							
	1993		1994		1995		1996	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Duração da Gestação								
00 - 21 semanas	56	0,1	39	0,0	44	0,1	44	0,1
22 - 27 semanas	352	0,4	358	0,4	412	0,4	384	0,4
28 - 36 semanas	5.386	5,7	5.556	5,7	5.915	6,1	6.360	6,4
37 - 41 semanas	80.997	86,0	85.081	86,7	88.171	90,7	90.275	90,8
> = 42 semanas	1.228	1,3	947	1,0	1.027	1,1	883	0,9
Ignorada	723	0,8	1.014	1,0	716	0,7	772	0,8
Sem informação	5.425	5,8	5.081	5,2	872	0,9	675	0,7
Tipo de Gravidez								
Única	90.952	96,6	95.429	97,3	95.109	97,9	97.341	97,9
Dupla	1.971	2,1	1.735	1,8	1.642	1,7	1.684	1,7
Tríplice	179	0,2	113	0,1	54	0,1	31	0,0
Mais de três	120	0,1	39	0,0	13	0,0	58	0,1
Ignorado	12	0,0	17	0,0	11	0,0	33	0,0
Sem informação	933	1,0	743	0,8	328	0,3	246	0,3
Tipo de Parto								
Espontâneo	54.088	57,5	53.940	55,0	51.437	52,9	51.945	52,3
Operatório	38.796	41,2	43.000	43,8	44.922	46,3	46.675	47,0
Fórceps	669	0,7	590	0,6	512	0,5	503	0,5
Outro	27	0,0	44	0,0	23	0,0	18	0,0
Ignorado	6	0,0	7	0,0	14	0,0	19	0,0
Sem informação	581	0,6	495	0,5	249	0,3	233	0,2
Total	94.167	100,0	98.076	100,0	97.157	100,0	99.393	100,0

Fonte: GIE/COE/SSC/SMS-RJ

Tabela 5 - Nascidos Vivos do Município do Rio de Janeiro segundo características maternas, no período de 1993 a 1996.

Características Maternas	Ano							
	1993		1994		1995		1996	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Pré-Natal								
Não fez	-	-	-	-	5.383	5,6	6.806	6,9
1 - 6 consultas	-	-	-	-	21.124	21,7	30.214	30,4
> 6 consultas	-	-	-	-	44.827	46,1	53.684	54,0
Ignorado	-	-	-	-	2.778	2,9	2.214	2,2
Sem informação	-	-	-	-	23.045	23,7	6.475	6,5
Idade								
10-14	495	0,5	615	0,6	643	0,7	861	0,9
15-19	14.548	15,5	15.727	16,1	16.585	17,1	18.238	18,4
20-29	49.387	52,5	51.911	52,9	50.869	52,3	51.305	51,6
30-39	23.699	25,2	25.376	25,9	25.411	26,1	25.509	25,7
40-49	1.745	1,8	1.920	1,9	1.831	1,9	1.911	1,9
50 e +	6	0,0	5	0,0	1	0,0	2	0,0
Sem informação	4.287	4,6	2.522	2,6	1.817	1,9	1.567	1,6
Escolaridade								
Nenhuma	1.928	2,1	2.056	2,1	1.774	1,8	1.548	1,6
1º grau incompleto	40.026	42,5	41.893	42,7	42.217	43,5	41.697	41,9
1º grau completo	17.291	18,4	18.304	18,7	17.668	18,2	19.143	19,3
2º grau	18.668	19,8	20.107	20,5	20.877	21,5	22.093	22,2
Superior	9.346	9,9	9.797	10,0	9.489	9,8	10.102	10,2
Ignorado	920	0,9	1.878	1,9	3.245	3,3	3.624	3,7
Sem informação	5.988	6,4	4.041	4,1	1.887	1,9	1.186	1,2
Filhos Vivos								
Nenhum	47.535	50,3	49.315	50,3	47.032	48,4	48.297	48,6
um	26.086	27,7	27.672	28,2	27.961	28,8	28.916	29,1
dois	11.501	12,2	11.732	12,0	12.342	12,7	12.374	12,5
três	4.631	4,9	4.727	4,8	5.094	5,2	5.128	5,2
mais de três	4.414	4,7	4.630	4,7	4.728	4,9	4.678	4,7
Filhos Mortos								
Nenhum	88.486	93,9	92.931	94,8	93.383	96,1	96.273	96,9
um	4.342	4,6	3.993	4,1	3.062	3,2	2.598	2,6
dois	938	1,0	807	0,8	520	0,5	398	0,4
três	253	0,3	232	0,2	115	0,1	70	0,1
mais de três	148	0,2	113	0,1	73	0,1	54	0
Abortos								
Nenhum	-	-	-	-	83.379	85,8	83.850	84,4
um	-	-	-	-	9.613	9,9	11.208	11,3
dois	-	-	-	-	2.816	2,9	2.992	3,0
três	-	-	-	-	824	0,9	845	0,8
mais de três	-	-	-	-	525	0,5	498	0,5
Total	94.167	100,0	98.076	100,0	97.157	100,0	99.393	100,0

Fonte: GIE/COE/SSC/SMS-RJ