

Nascidos vivos: perfil dos nascimentos ocorridos em Araguaína, no estado do Tocantins de 2015 a 2019

Live births: profile of births in Araguaína, in the state of Tocantins, from 2015 to 2019

Maria Eugenia Caires Santos¹, Isadora Munaretto Reolon², Daiene Isabel da Silva Lopes³, Durval Nolasco das Neves Neto⁴

RESUMO

O objetivo do artigo é analisar retrospectivamente as condições dos nascidos vivos em Araguaína, estado do Tocantins por um período de cinco anos (2015 a 2019). A análise se guiou nos dados fornecidos no Datasus sobre os nascidos vivos na cidade correlacionando com a literatura, o estudo evidenciou condições de 15823 nascidos vivos no período e analisou as condições por meio de gráficos e tabelas. Por meio da análise desses indicadores foi visto que a maioria das gestações ocorreu entre 20-24 anos e que 17% das gestações ocorreram na adolescência, antes dos 19 anos. Além disso, no período 61% dos partos foram cesáreos. Foi visto, ainda, que na maioria das gestações foi realizado o pré-natal, mas 23% das gestantes não tiveram um pré-natal adequado. Sendo assim é evidente a melhora da assistência à saúde no estado, mas ainda é necessário aprimorar o atendimento em saúde pública, para que tanto parturientes quanto recém-nascidos tenham melhor assistência ao parto bem como as possíveis intercorrências que envolvem o pré e pós-parto, garantindo um maior amparo à saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Nascido vivo. Cuidado Pré-natal. Gravidez. Epidemiologia.

ABSTRACT

The objective of the article is to retrospectively analyze the conditions of live births in Araguaína, state of Tocantins, for a period of five years (2015 to 2019). The analysis was guided by the data provided in Datasus on live births in the city, correlating with the literature, the study showed conditions of 15823 live births in the period and analyzed the conditions through graphs and tables. Through the analysis of these indicators, it was seen that most pregnancies occurred between 20-24 years and that 17% of pregnancies occurred in adolescence, before 19 years of age. In addition, in the period 61% of deliveries were cesarean. It was also seen that in most pregnancies prenatal care was performed, but 23% of pregnant women did not have adequate prenatal care. Thus, the improvement in health care in the state is evident, but it is still necessary to improve public health care, so that both parturients and newborns have better care during childbirth as well as possible complications involving pre and postpartum, ensuring greater support for their health.

Keywords: Live Birth. Prenatal Care. Pregnancy. Epidemiology.

¹ Acadêmica de medicina, Universidade Presidente Antônio Carlos - UNITPAC.

E-mail:

mariaeugeniacs@outlook.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3265-3140>

² Acadêmica de medicina, Universidade Presidente Antônio Carlos - UNITPAC.

E-mail:

isamunaretto@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8172-8789>

³ Doutora em ciência animal pela UFT, professora da Universidade Presidente Antônio Carlos - UNITPAC.

E-mail: daieneisabel@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2416-4961>

⁴ Doutor em ciência animal pela UFT, professor da Universidade Presidente Antônio Carlos - UNITPAC

E-mail:

Durval.nolasco@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1760-6685>

1. INTRODUÇÃO

O nascimento marca o momento de início da vida fora do corpo da mãe, e as condições de nascimentos podem influenciar o curso da sobrevivência dos recém-nascidos, sendo assim o governo em 1990 criou o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos).

O sistema, de âmbito nacional, sob a responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, é baseado nos dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e suas informações permitem caracterizar alguns aspectos dos nascimentos extremamente úteis para o planejamento de ações na área materno-infantil. (THEME FILHA et al, 2004)

O SINASC tem o objetivo de contabilizar o número de nascimentos em todo território nacional, mas também de coletar dados epidemiológicos que permitam identificar as crianças que nascem com risco de vida, e intervir com maior rapidez para prevenir e até controlar os fatores de risco. (ROMERO; CUNHA, 2007)

O presente artigo se delimita a conhecer o perfil epidemiológico e analisar variáveis específicas, obtidas com o SINASC, que os nascidos vivos obtiveram no momento do parto que são de extrema importância no contexto de saúde pública. Os indicadores utilizados nesta pesquisa são idade, instrução e estado civil da mãe; duração e tipo da gestação; grupos de Robson; local e tipo de parto; número de consultas pré-natais; sexo, cor e peso do RN; APGAR no primeiro e quinto minuto; e presença de anomalias congênitas. Essas variáveis apontam os indicadores de saúde essenciais para a avaliação da vitalidade das crianças ao nascimento.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria nascem cerca de 3 milhões de crianças por ano, sendo que 1 em cada 10 nascidos vivos precisam de ajuda para iniciar a respiração efetiva. Essa necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional e/ou peso ao nascer. Além disso, crianças nascidas de parto cesárea, com idade entre 37 e 39 semanas de gestação, também tem uma chance elevada de necessitar de ventilação ao nascer. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%, porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim

como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. (OMS, 2015)

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0 a 6 dias completos de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento. As principais causas de óbitos segundo a literatura são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intra-parto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde. (LANSKY et al, 2014)

O adequado acompanhamento pré-natal possibilita a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno para intervenção. A proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas pré-natais aumentou de 46% em 2000 para 61% em 2010, com importantes diferenciais regionais: 75,5% na Sul e 37% na Norte; 1,8% não fez acompanhamento pré-natal. A qualidade, e não apenas o número de consultas, é atualmente o grande desafio assistencial. A atenção hospitalar ao parto é superior a 95% desde 1994 no Brasil, atingindo 97,9% em 2006, com menor valor (85%) na Região Norte. (BRASIL, 2014)

Quanto à frequência ao pré-natal, verificou-se que mais de um terço das adolescentes compareceu em menos de sete consultas de pré-natal, ao contrário da maioria das adultas que fizeram o número adequado de consultas preconizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Esses achados são concordantes com outros estudos que também relacionaram gestação na adolescência com a baixa adesão ao pré-natal. (CARNIEL et al, 2006)

Desta forma, é necessário o reconhecimento das variáveis dos principais indicadores de saúde para identificar onde se encontram as maiores falhas de ações públicas na cidade de Araguaína, região norte do Brasil, viabilizando a correção das mesmas.

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso País. A partir deste cenário, em que o estabelecimento de medidas para a melhoria da saúde da gestante e do RN se apresenta como grande desafio para a redução da mortalidade infantil no País e a promoção da qualidade de vida, torna-se necessária a conformação de redes regionalizadas e efetivas de atenção perinatal, nas quais a unidade hospitalar constitui-se em um dos pontos de atenção, uma vez que, isoladamente, não é suficiente para prover o cuidado integral. (BRASIL, 2014)

Pobreza e desigualdade, pontuadas por conflitos sociais e emergências humanitárias, e a má qualidade dos cuidados de saúde são à base de grande parte da mortalidade e morbidade de recém-nascidos no mundo e dos natimortos. A melhoria da qualidade na atenção à mãe e ao recém-nascido oferece oportunidades substanciais para melhorar a distribuição, o fornecimento e o impacto das intervenções, e agora deve receber mais ênfase nos programas. Melhorar a disponibilidade e o acesso aos profissionais de saúde primários equipados com conhecimentos, competências e produtos essenciais, e vinculados a cuidados de qualidade nas unidades de saúde, será necessário para salvar vidas e aperfeiçoar o neurodesenvolvimento. (DARMSTADT; SHIFFMAN; LAWN; 2015)

Visto isso, entende-se que a análise desses indicadores por gráficos nos possibilitará entender melhor sobre as variáveis das condições dos nascidos vivos, identificando quais tem pior desempenho. Guiando, assim, planejamento de ações de saúde pública mais efetivas na prevenção dos agravos, melhoraria das condições de nascimentos das crianças e aumento da expectativa de vida da população.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo é um estudo ecológico, de caráter epidemiológico, descritivo, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. No presente trabalho a descrição se iniciou através de uma revisão literária integrativa, sobre condições dos nascidos vivos, com artigos encontrados em bases de dados de publicações científicas online (SciELO), Google Scholar, e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), as fontes bibliográficas utilizadas serão descritas ao final do projeto. As palavras-chave utilizadas para a busca foram “nascidos vivos”, “recém nascidos” e “pré-natal”. Os artigos foram escolhidos de acordo com o tema abordado, o ano e periódico em que foram publicados. Foram excluídos os de tema não correlacionado, os repetidos, os não gratuitos e os não disponíveis na íntegra.

O levantamento dos dados epidemiológicos foi feito na base de dados de domínio público do Sistema Único de Saúde, DATASUS/TABNET (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>), guiados pelas estatísticas vitais fornecidas pelo SINASC sobre os nascidos vivos nesse banco de dados.

Na população de estudo para coleta de dados foram incluídos recém-nascidos vivos que nasceram em Araguaína no período de 2015-2019 e suas respectivas mães, foram excluídos nascidos vivos de partos não realizados em Araguaína, e os dados que estavam fora do período do estudo. Foram avaliados os indicadores: local do parto, idade da mãe,

instrução da mãe, estado civil da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, grupos de Robson, adequação ao pré-natal, tipo de parto, número de consultas pré-natais, sexo do RN, cor do RN, Apgar no 1º minuto, Apgar no 5º minuto, peso ao nascer, e presença de anomalia congênita. Após a coleta de dados nas plataformas digitais citadas, foi feita a tabulação dos dados e construção dos gráficos através do Excel, para apresentar os resultados.

Após a construção dos gráficos com os dados foi feita análise da literatura para discussão desses dados, trazendo assim significado para eles. Ao final dessa análise foi construído o artigo que evidenciou os dados encontrados, seus significados, e a contribuição desse estudo para a sociedade.

Este estudo constitui-se em uma pesquisa documental e eletrônica em dados de domínio público não havendo, portanto, intervenção ou abordagem direta aos seres humanos, sendo assim, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

Nos dados analisados, entre os anos de 2015 e 2019, foram evidenciados 15.823 partos na cidade de Araguaína, estado do Tocantins. Em relação à duração da gestação 90%, representados por 14.395 recém-nascidos, nasceram a termo, entretanto se observaram 1.187 prematuros tardios, que nasceram entre 32-36 semanas, e 202 prematuros extremos, sendo 140 nascidos entre 28ª a 31ª semanas e 62 nascidos entre 22ª a 27ª. (Figura 1). Quanto ao tipo de gestação, 15511 foram gestações únicas, 300 foram gestações gemelares, apenas 12 foram múltiplas, com 3 ou mais bebês. (Tabela 1).

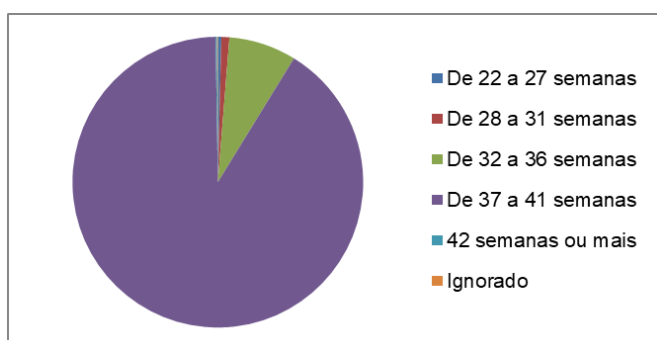


Figura 1 - Duração da gestação

Tipo de gravidez	Quantidade
Única	15511
Dupla	300
Tripla e mais	12

Tabela 1 - Tipo de gravidez

O tipo de parto mais realizado foi à cesárea, totalizando 9728, contra 6093 partos por via vaginal. (Figura 2). Quanto ao local de parto apenas 58 foram realizados em ambiente extra-hospitalar e os outros 15765 no intra-hospitalar. (Tabela 2).

Local ocorrência	
Hospital	15765
Outro Estabelecimento de Saúde	2
Domicílio	33
Outro	23

Tabela 2 - Local do parto

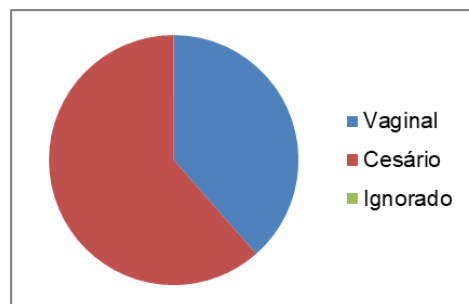


Figura 2 - Tipo de parto

De todas as parturientes, apenas 96 não realizaram nenhuma consulta pré-natal, a grande maioria, 10.579, realizou 7 ou mais consultas, e grande parte, 4459, realizou de 4 a 6 consultas. Uma pequena parcela, 678, realizou de 1 a 3 consultas. (Tabela 3) Ou seja, a maior parte teve uma adesão ao pré-natal mais que adequada, com 10.111 gestantes. 1873 gestantes tiveram um pré-natal adequado e 1308 tiveram uma adequação intermediária ao pré-natal. 2412 gestantes tiveram um pré-natal inadequado e 75 não realizaram pré-natal. (Tabela 4)

Consultas pré-natal	
Nenhuma	96
De 1 a 3 consultas	678
De 4 a 6 consultas	4459
7 ou mais consultas	10579
Ignorado	11

Tabela 3 - Número de consultas de pré-natal

Adequação ao pré-natal	
Não fez pré-natal	75
Inadequado	2412
Intermediário	1308
Adequado	1873
Mais que adequado	10111
Não Classificados	44

Tabela 4 – Adequação ao pré-natal

Sobre os grupos de Robson, a maioria das gestantes foram classificadas no grupo 5, totalizando 3641 do total. Seguido do grupo 3, com 3157 gestantes. O grupo 1 contou com 2840 gestantes e o grupo 2 com 2270 gestantes. Um total de 2007 gestantes foram incluídas no grupo 4 e outras 1076 no grupo 10. O grupo 8 teve um total de 309 gestantes incluídas, o 7 teve 240 e o 6 contou com 230. O grupo que menos teve gestantes incluídas foi o 9, com apenas 13 gestantes classificadas. (Tabela 5)

Grupos de Robson	
Grupo 01 - Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	2840
Grupo 02 - Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto (TP)	2270
Grupo 03 - Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	3157
Grupo 04 - Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do TP	2007
Grupo 05 - Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas	3641
Grupo 06 - Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica	230
Grupo 07 - Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	240
anterior(es)	309
Grupo 09 - Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	13
Grupo 10 - Todas gestantes com feto único e cefálico, <37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	1076
Não classificados	40

Tabela 5 - Grupos de Robson

Em relação aos dados maternos, os indicadores avaliados foram grau de instrução, o estado civil e a idade. Foi constatado que o maior número de parturientes, 10144, possui de 8 a 11 anos de estudo, sendo correlacionado com o ensino médio completo, em seguida de modo decrescente são 4037 mães que possuem algum grau de ensino superior, tendo estudado 12 anos ou mais. Já a quantidade de mulheres que tiveram acesso aos estudos por 4 a 7 anos foi de 1484, seguido por aquelas que tiveram apenas de 1 a 3 anos de escolaridade, sendo 121 mães. O menor número encontrado foi daquelas que não tiveram nenhum grau de instrução, com 29 pessoas. (Tabela 6)

Quanto ao estado civil das mães, foi constatado que 60%, ou seja, 9834 delas são solteiras, contrastando com apenas 4994 das casadas. Outras 517 possuem uma união consensual e outras 426 são separadas judicialmente. Também contamos com uma parcela de 39 mães que são viúvas. (Tabela 7)

Sobre a idade das parturientes foi visto que a maior faixa etária está entre 20 a 24 anos, com 4361. A outra faixa etária predominante foi entre 25 a 29 anos, totalizando 4027, seguido por aquelas que possuem entre 30 a 34 anos, com 3025 do total. Os dados referentes aos partos em adolescentes foram os seguintes: 2625 delas tinham entre 15 e 19 anos no momento do parto, e outras 131 tinham de 10 a 14 anos. Contrastando com o extremo oposto, as mulheres consideradas gestantes idosas, ou seja, acima dos 35 anos, que se encontram em ordem decrescente, com o avançar da idade, sendo 1327 aquelas

que tinham entre 35 e 39 anos, 277 aquelas de 40 a 44 anos, 9 delas com idades entre 45 a 49 anos, e apenas 1 com idade entre 50 a 54 anos. (Tabela 8)

Idade da mãe	
10 a 14 anos	131
15 a 19 anos	2625
20 a 24 anos	4361
25 a 29 anos	4027
30 a 34 anos	3025
35 a 39 anos	1367
40 a 44 anos	277
45 a 49 anos	9
50 a 54 anos	1

Tabela 6 - Idade da mãe

Estado civil mãe	
Solteira	9834
Casada	4994
Viúva	39
Separada judicialmente	426
União consensual	517
Ignorado	13

Tabela 7 - Estado civil da mãe

Instrução da mãe	
Nenhuma	29
1 a 3 anos	121
4 a 7 anos	1484
8 a 11 anos	10144
12 anos e mais	4037
Ignorado	8

Tabela 8 - Instrução da mãe

Durante a avaliação neonatal, a foi constatado que 10369 bebes nasceram com peso entre 3000 e 3999 gramas, 710 alcançaram mais de 4000 gramas e apenas 79 nasceram com menos de 999 gramas. (Tabela 9) A cor dos recém-nascidos se concentrou na parda, totalizando 12569, seguido dos brancos, com 2302, pretos com 849 e amarelos 49. Os indígenas tiveram a menor quantidade de nascimentos, com 34. (Tabela 10). Os meninos acumularam vantagem sobre as meninas totalizando 8031, contra 7791 nascimentos femininos. (Tabela 11)

Peso ao nascer	
Menos de 500g	6
500 a 999g	73
1000 a 1499 g	112
1500 a 2499 g	1011
2500 a 2999 g	3542
3000 a 3999 g	10369
4000g e mais	710

Tabela 9 - peso ao nascer

Cor/raça	
Branca	2302
Preta	849
Amarela	49
Parda	12569
Indígena	34
Ignorado	20

Tabela 10 – Cor/raça

Sexo	
Masculino	8031
Feminino	7791
Ignorado	1

Tabela 11 - Sexo

Foi evidenciado que 15665 crianças nasceram sem nenhum tipo de anomalia congênita, restando apenas 151 crianças com algum tipo de anomalia. (Tabela 12). Destes, 30 foram mal formações congênitas do sistema nervoso, entretanto apenas duas foram espinhas bífidas. Outras 65 crianças foram diagnosticadas com deformidades do aparelho osteomuscular, entre elas 17 foram apenas deformidades dos pés. Ademais, outras 12 crianças apresentaram fenda labial e fenda palatina. (Tabela 13)

Anomalia congênita	
Sim	151
Não	15665
Ignorado	7

Tabela 12 – Presença de anomalia congênita

Tipo anomalia congênita	
Espinha bífida	2
Outras malformações congênitas do sistema nervoso	28
Malformações congênitas do aparelho circulatório	10
Fenda labial e fenda palatina	12
Ausência atresia e estenose do intestino delgado	1
Outras malformações congênitas aparelho digestivo	3
Testículo não-descido	2
Outras malformações do aparelho geniturinário	4
Deformidades congênitas do quadril	1
Deformidades congênitas dos pés	17
Outras malformações e deformidades congênitas aparelho osteomuscular	47
Outras malformações congênitas	20
Anomalias cromossômicas NCOP	4
Sem anomalia congênita/não informado	15.672

Tabela 13 – Tipo de anomalia congênita

Em relação ao apgar, na classificação de 0 a 2 pontos teve 123 crianças no primeiro minuto, caindo para 25 no quinto minuto. Na classificação de 3 a 5, 534 RN's pontuaram no primeiro minuto, mas apenas 55 permaneceram nessa classificação no quinto minuto. Na categoria de 6 a 7, 1588 pontuaram no primeiro minuto e apenas 278 continuaram com a classificação no quinto minuto. E na categoria de 8 a 10 pontos 13493 RN's foram classificados no primeiro minuto, entretanto esse número subiu para 15380 no quinto minuto. (Tabelas 14 e 15).

Apgar no 1º minuto	
0 a 2	123
3 a 5	534
6 a 7	1.588
8 a 10	13.493
Ignorado	85

Tabela 14 – Apgar no 1ºminuto

Apgar no 5º minuto	
0 a 2	25
3 a 5	55
6 a 7	278
8 a 10	15.380
Ignorado	85

Tabela 15 – Apgar no 5º minuto

4. DISCUSSÃO

A maioria das gestações foi única, gestações gemelares representaram 1,89% apenas, e múltiplas 0,07%. De todas as gestações 9,66% tiveram seus partos realizados de modo prematuro, antes da 36ª semana, destes 22,3% eram prematuros extremos, antes da 32ª semana. Comparativamente, Martinelli et al evidenciou que de 2012 a 2019, a proporção de prematuridade no Brasil apresentou tendência decrescente, variando de 10,87% a 9,95%, dados semelhantes aos encontrados na cidade. (MARTINELLI et al, 2021)

As soluções para reduzir as mortes neonatais, e especialmente as mortes neonatais precoces, estão intimamente ligadas à saúde materna e à prestação de serviços eficazes de saúde materna e neonatal. (LAWN et al, 2009)

Enquanto a Organização Mundial da Saúde estabelece em até 15% a proporção recomendada de partos por cesariana (OMS, 2015), em Araguaína esse percentual é de 61%, evidenciando a falta de indicação correta do procedimento por parte da equipe obstétrica, bem como a falta de intervenções educacionais no pré-natal que incluam a gestante de modo ativo no planejamento do parto. Comparativamente, o artigo de Guimarães afirma que no Brasil entre 2000 e 2018 em relação aos tipos de parto 48,7% foram partos cesáreos (GUIMARÃES et al, 2021). Dos partos realizados em Araguaína no período estudado 99,63% foram intra-hospitalares.

O ministério da saúde recomenda realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação e realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2000). Com a análise dos dados foi evidenciado que na cidade apesar da maioria das gestantes ter realizado seu pré-natal adequadamente, 23% não realizaram seu pré-natal de modo adequado e 0,6% das gestantes não realizou nenhuma consulta pré-natal.

A OMS propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. (OMS, 2015), sendo assim em Araguaína tivemos como o grupo 5 com o maior número de gestante, isso está em conformidade com o que foi visto nas literaturas. Segundo Lins et al, a explicação para maiores taxas em tal grupo é a cesariana prévia que apesar de não conferir indicação absoluta, acaba gerando um padrão de repetição a partir da presença de uma cicatriz uterina. (LINS et al, 2021)

Notou nos dados maternos, que apenas 25% das mães tinham 12 anos ou mais de estudos e que 62% das mães eram solteiras. Foi evidenciado, ainda, que 17% de gestações ocorrem na adolescência, antes dos 19 anos, e alarmantemente 0,8% ocorre entre os 10 e 14 anos da adolescente, isso demonstra a falta de políticas públicas ligadas à educação e prevenção da gestação nessa fase e a falta de acesso a métodos contraceptivo, e causa importantes prejuízos na vida dessa mulher.

Em relação aos dados dos recém-nascidos (RN) 50,75% eram do sexo masculino e 79,4% tinham como cor/raça parda, ainda nessa variável tivemos 0,21% de nascimentos

sendo indígenas. Sobre o peso no nascimento 7,59% dos RN apresentaram baixo peso ao nascer, ou seja, menos que 2500g, o que é um fator de risco para a mortalidade no período perinatal e tem como uma das causas à anemia gestacional, que é prevenível por meio de rasteio e tratamento no pré-natal.

O baixo peso ao nascer é um dos fatores de risco que contribuem para a mortalidade infantil, principalmente no período perinatal. O baixo peso ao nascer ainda é um problema mundial porque é a morte de um recém-nascido. Em essência, muitos fatores que afetam a incidência de baixo peso ao nascer são a idade materna e a anemia. (WIDIYANTO; LISMAWATI, 2019)

As anomalias congênitas estiveram presentes apenas em 0,95% dos nascidos vivos, sendo mais comuns as deformidades do aparelho osteomuscular, 43%, dentre elas deformidade de quadril, pés e outras, seguindo de 19% representadas pelas malformações congênitas do sistema nervoso, incluindo espinha bífida.

Em relação ao Apgar, índice que avalia a vitalidade do recém-nascido e varia de 1 a 10, 0,77% obtiveram apenas 0 a 2 pontos no primeiro minuto, felizmente destes apenas 20,3% permaneceram com essa pontuação no quinto minuto. 85% dos recém-nascidos alcançaram uma nota de 8 a 10 no primeiro minuto, e 97,2% alcançaram essa pontuação no 5º minuto.

Identificou-se ainda um mau preenchimento de declaração de nascido vivo, visto que em diversas variáveis haviam dados ignorados, não preenchidos, o que gera subnotificação e baixa completude de dados no DATASUS, podendo comprometer as políticas públicas de prevenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Tocantins e mais especificamente na cidade de Araguaína pelos dados obtidos evidenciou-se elevado número de cesarianas e quase $\frac{1}{4}$ de gestantes sem pré-natal adequado, um cenário que evidencia necessidade de maior empenho das autoridades e profissionais da saúde para reduzir a taxa idealmente de acordo com o indicado pela OMS. Por meio da literatura analisada infere-se que uma melhor atenção primária com cobertura da assistência pré-natal e busca ativa de gestantes associada à capacitação dos profissionais da saúde e melhoria nos serviços obstétricos possam ser de grande valia na mudança deste cenário.

Dessa forma, profissionais capacitados na atenção básica que estejam dispostos a utilizar as plataformas de coleta de dados, realizar capacitações e trabalhar com a prevenção, são necessários. Além disso, uma equipe hospitalar com estrutura física e recursos humanos adequados é de extrema valia para melhorar as condições de nascidos vivos na região de Araguaína.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. Reanimação do recém-nascido \geq 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Programa de Reanimação Neonatal**. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf> Acesso em: 10 de abril 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf Acesso em: 15 de maio de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 570, de 1º de junho de 2000**. Art 4º. Brasília (DF); 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html#:~:text=2.,3.> Acesso em: 14 de abril 2022.

CARNIEL, Emília de Faria et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000400009&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 17 de maio de 2021

DARMSTADT GL, SHIFFMAN J, LAWN J E. **Avanço da agenda global de recém-nascidos e natimortos: prioridades para a próxima década**. Arquivos de doenças na infância 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-305557> Acesso em: 18 de maio de 2021

GUIMARÃES, Nara Moraes et al. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 11942-11958, 2021. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24110>> Acesso em: 14 de abril 2022.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213> Acesso em: 17 de maio de 2021

LAWN, Joy E. et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done?. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 107, p. S5-S19, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.016> Acesso em: 18 de maio de 2021

LINS, Jordana Julia Almeida et al. A aplicação da Classificação de Robson nas maternidades brasileiras como ferramenta para redução das taxas de cesariana: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e13101320953-e13101320953, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20953>. Acessado em 14 de abril de 2022

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/6L36BD8CVYczcXZ63gs7Cdj/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 12 de abril 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=6D485752656B0C05867BB99D62F26922?sequence=3> Acesso em 12 de abril 2022.

ROMERO, Dalia E.; CUNHA, Cynthia Braga da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 701-714, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v23n3/28.pdf> Acesso em: 22 de março de 2022

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos vivos Hospitalares no município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S83-S91, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20s1/09.pdf> Acessado em: 22 de março de 2022.

WIDIYANTO J, LISMAWATI G. **Maternal age and anemia are risk factors of low birthweight of newborn**. *Enferm Clin*. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.010> Acesso em: 17 de maio de 2021