

QUALIDADE DOS DADOS DAS DECLARAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS DAS MÃES ADOLESCENTES NO SEMIÁRIO DA PARAÍBA

Basílio Henrique Pereira Júnior¹
Carlos Sérgio Araújo do Santos²
Tiê Dias de Farias Coutinho³
Neir Antunes Paes⁴

RESUMO:

A maternidade na adolescência é uma situação em saúde delicada que requer atenção e estudos especializados. A avaliação dos registros vitais é uma importante fonte de informação muito pouco estudada do ponto de vista demográfico na saúde materno-infantil, particularmente quanto aos indicadores vitais. Teve-se como objetivo avaliar a qualidade dos dados das mães adolescentes a partir das declarações de nascimento de seus filhos para o período 2010-2015 do semiárido paraibano. Foi realizado o Teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar as relações entre as variáveis: Duração da Gestação, Número de Consultas Pré-natal, Tipo de Parto e Peso ao nascer. Concluiu-se que o Semiárido da Paraíba atingiu a universalização dos registros da declaração de nascidos vivos no período estudado e que há evidências de associações entre essas variáveis cujo conhecimento pode ser visto para subsidiar o planejamento das ações de cuidado e proteção da saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Semiárido Brasileiro, Qualidade dos Dados, Saúde Materna, Saúde do adolescente.

INTRODUÇÃO

As variáveis que constam na declaração de nascimento dos filhos das mães adolescentes mostram-se como importantes sinalizadores para detectar as condições de saúde materno-infantil e se prestam para auxiliar no planejamento das políticas públicas. A maternidade na adolescência, em muitos casos, pode ser considerada uma situação de vulnerabilidade infantil, tendo em vista que a gravidez adolescente é um problema de saúde pública (ANDRADE et al., 2019).

No Brasil, a região do Semiárido, com uma população de 22 milhões de habitantes (em 2010) tem sido marcada historicamente por desigualdades socioeconômicas e dados deficientes nas estatísticas vitais. Observou-se no passado recente as informações são

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, basiliofisioterapeuta@gmail.com

² Doutorando do Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, carlossergioaraujo@gmail.com

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, tiefarias@gmail.com

⁴ Professor Orientador: Pós-Doutorado. Docente do Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, neirpaes@yahoo.com.br

subnotificadas e a qualidade do preenchimento das variáveis nas declarações de nascimentos não é completa. (PAES; MELO; BRAGA, 2017).

Sendo as estatísticas vitais a matéria-prima de importantes indicadores na saúde materna, para a produção de informações confiáveis em saúde é necessário que os dados possuam alta qualidade ou que, mesmo na presença de erros, possam ser detectados e corrigidos (PAES, 2018).

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade das informações sobre as mães adolescentes geradas pelas declarações de nascimentos dos seus filhos no Semiárido da Paraíba e investigar possíveis associações entre as variáveis da saúde materno-infantil, no período de 2010 - 2015. Desta maneira, espera-se traçar um perfil da situação dessas estatísticas, que possam auxiliar a tomada de decisão da gestão em saúde em ações mais efetivas na rede assistencial do Semiárido paraibano para as mães adolescentes.

METODOLOGIA E DESENVOLVIMENTO

FONTE E BASE DE DADOS

As fontes oficiais das declarações de nascimento são o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; <http://www.ibge.gov.br>) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do SUS (<http://tabnet.datasus.gov.br>) do Ministério da Saúde.

Os dados básicos sobre nascimentos para este trabalho foram coletados através do Banco de Dados do SINASC. Este sistema objetiva não somente levantar o número real dos filhos nascidos vivos, tecnicamente conhecido como Declaração de Nascido Vivo (DN), em um espaço geográfico ano a ano, mas também, conhecer variáveis importantes para analisar as condições da saúde materna que estão presentes na DN.

As variáveis pesquisadas da DN foram: *consultas pré-natal; duração da gestação; tipo de parto e peso ao nascer*. A variável *duração da gestação* foi categorizada em *premature* (quando a criança nasceu com menos de 37 semanas de gestação) e *não premature* (quando nasceu com 37 semanas ou mais). A variável *peso ao nascer* foi categorizada em *baixo peso* (quando a criança nasceu com menos de 250 gramas) e *não baixo peso* (quando ela nasceu com 250 gramas ou mais). Essas categorizações foram baseadas na Classificação da Sociedade Brasileira de Neonatologia. Foram investigados os dados referentes aos anos de 2010 e 2015 dos 194 municípios da Paraíba que fazem parte do Semiárido Brasileiro.

Pelo Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), foram acessados os códigos atribuídos a cada município e, com eles, foi construída uma base de microdados relativa a cada nascimento ocorrido em 2010 e 2015 do Semiárido paraibano totalizando 194 municípios. Destes foram selecionados os microdados das mães entre 10-19 anos de idade. As bases foram organizadas e analisadas utilizando o software livre R *Studio* versão 1.2.5.

AVALIAÇÃO DA COBERTURA DOS REGISTROS DOS NASCIDOS VIVOS

A Razão de Sexo (RS) permite testar a qualidade das estatísticas do registro de nascimento da população por sexo. Esse indicador pode ser considerado um bom indicativo da qualidade global dos estados estatísticos demográficos por sexo ao nascer, o qual é obtido pela relação dos nascidos vivos masculinos com os nascidos vivos femininos ocorridos num determinado período (PAES, 2018). Outro método utilizado para avaliar a cobertura dos registros dos nascidos vivos é dado pela razão entre o número de Nascimentos observados (N_{obs}) e Nascimentos estimados (N_{est}):

$$C = \frac{NV_{obs}}{NV_{est}}$$

O NV_{est} é calculado pela soma das Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) em intervalos quinquenais entre as faixa etárias das mães de 10-49 anos de idade, multiplicado pelo total de mulheres dos mesmos intervalos etários (PAES, 2018). As TEF foram obtidas do IBGE para o ano de 2010. A TEF de 2015 foi considerada a mesma de 2010. Considerou-se que a cobertura estimada para os intervalos etários de 15-49 anos é a mesma para 10-14 anos.

AVALIAÇÃO DA COMPLETUDE DAS INFORMAÇÕES

Foi avaliada a completude das variáveis: *consultas pré-natal; duração da gestação; tipo de Parto e peso ao nascer* extraídas da DN. As informações definidas como incompletas ou nulas foram aquelas cujos campos não estavam preenchidos ou com informações ignoradas. Para a avaliação do grau de completude foi utilizada a classificação proposta por Romero e Cunha (2016) onde: Excelente (menor de 5%), Bom (5 a 10%), Regular (10 a 20%), Ruim (20 a 50%) e Muito ruim (50% ou mais). Após a análise da completude, foram

excluídos da base de dados dos nascidos vivos as observações que apresentaram variáveis com dados incompletos.

ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Foi realizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Esse teste não exige uma distribuição simétrica dos dados e pode ser utilizado para comparar a distribuição dos eventos nas amostras, a fim de avaliar se as proporções observadas destes eventos mostram ou não diferenças significativas.

Foi elaborado um Teste de Hipótese para calcular a Hipótese nula (H_0) de que não haveria evidências da relação entre as variáveis testadas para análise estatística e a Hipótese Alternativa (H_1) indicando essa possível relação entre essas variáveis. Foi considerado um Intervalo de Confiança de 99%, com um p-valor menor que 0,01.

O presente estudo utilizou dados secundários do IBGE e do SINASC. Por serem provenientes de bancos de dados de domínio público, disponibilizados online, justifica-se o não encaminhamento para aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo o que estabelece o inciso III, artigo primeiro da Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi realizada no Laboratório de Estudos Demográficos do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2010 e 2015, respectivamente, foram registrados 7.318 e 7.149 nascidos vivos no Semiárido da Paraíba, correspondendo a 6,28% e 6,10% do número de nascidos vivos total do estado, respectivamente nesses anos. A relação dos registros de nascidos vivos entre os sexos foi calculada pela RSN, conforme apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência, porcentagem e Razão de Sexo dos nascidos vivos por sexo dos registros das adolescentes do semiárido paraibano, 2010 e 2015

	Frequência		Porcentagem (%)	
	2010	2015	2010	2015
Masculino	3.678	3.568	51,36	51,18
Feminino	3.482	3.403	48,64	48,82
Total	7.160	6.971	100	100
RSN	105,6	104,8	-	-

Fonte: SINASC – Ministério da Saúde, 2019

Para as regiões brasileiras, admite que a RSN apresenta um intervalo de confiança entre 104,67 e 105,13. Valores fora desse intervalo podem indicar problemas na cobertura dos registros de nascidos vivos (PAES, 2018). Desse modo, há indicações de que a qualidade dos registros de nascimentos de 2010 (105,6) e 2015 (104,8) foi boa.

Por sua vez, foi calculado a cobertura para o ano de 2010 pelo método proposto por Paes (2018). O resultado para ambos os anos foi cerca de 100% de cobertura. Admitiu-se para 2015 a universalização da cobertura.

Os resultados referentes a análise descritiva das variáveis: *consultas pré-natal; duração da gestação; tipo de parto e peso ao nascer* são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Medidas descritivas das variáveis materno-adolescentes do Semiárido da Paraíba para o total dos anos 2010 e 2015

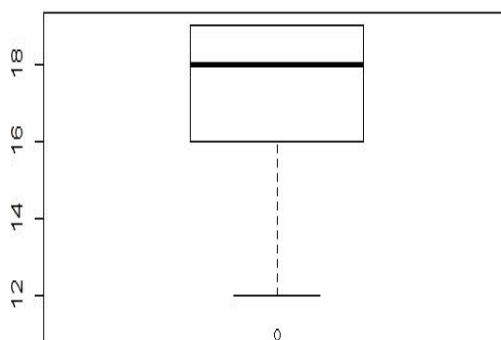
Variável	Mínimo	Mediana	Média	Máximo	Não preenchidos	Completo (%)
Nº consult. pré-natal	1	4	3,54	9	35	99,73
Duração da gestação	1	5	4,88	9	182	98,75
Peso ao nascer (g)	200	3.200	3.175	6.650	2	99,99
Tipo de Parto*	-	-	-	-	25	99,83

*A variável *tipo de parto* é apresentado em duas opções (vaginal ou cesáreo), sendo essas: 55,61% vaginal; 44,39% cesáreo. Fonte: SINASC – Ministério da Saúde, 2019

De acordo com os resultados, nota-se que de um total de 14.465 registros de nascidos vivos, para os anos de 2010 e 2015, 244 registros possuíam dados não preenchidos. Desse modo, eles foram excluídos do estudo. Além disso, foram detectados mais 106 possíveis registros preenchidos incorretamente. A exclusão destes com os 244 não preenchidos resultou em 350 exclusões. Foi utilizado um banco de dados final com 14.135 registros para a análise das associações entre as variáveis.

A Figura 1 mostra o boxplot com a idade média das mães adolescentes do semiárido paraibano nos anos 2010 e 2015:

Figura 1. Boxplot: Idade das mães adolescentes do Semiárido da Paraíba, anos 2010 e 2015



Fonte: SINASC – Ministério da Saúde, 2019

Segundo a Figura 1, observa-se que o número de nascidos vivos concentra-se entre mães adolescentes dos 16 aos 18 anos de idade no Semiárido da Paraíba, porém houve presença de casos entre 10-15 anos de idade.

A Tabela 3 mostra o comportamento da duração da gestação destas mães no período da adolescência. As categorias seguem a classificação do Ministério da Saúde. Os dados representam o conjunto dos anos de 2010 e 2015 do Semiárido da Paraíba.

Tabela 3. Duração da gestação das mães adolescentes do Semiárido Paraibano nos anos de 2010 e 2015

Nº de semanas	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<22	1	0,0
22-27	63	0,4
28-31	144	1,0
32-36	1.567	11,1
27-41	11.965	84,6
>42	395	2,8
Total	14.135	100

Fonte: SINASC, 2019

Baseado na duração das semanas de gestação, os recém-nascidos foram reclassificados segundo a Classificação proposta pela Sociedade Brasileira de Neonatologia (2017) entre: “não prematuros” os que nascerem com mais de 37 semanas de gestação e “prematuros” os que nascerem abaixo de 37 semanas de gestação. Os resultados desta nova classificação estão na Tabela 4:

Tabela 4. Variáveis: Duração da gestação, tipo de parto, número de consultas pré-natal e peso ao nascer das adolescentes do Semiárido paraibano para o total dos anos de 2010 e 2015.

Variável	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Duração da gestação	Não prematuro	12.360	87,4
	Prematuro	1.775	12,6
Tipo de Parto	Vaginal	7.832	55,4
	Cesáreo	6.303	44,6
	Nenhuma	179	1,3
Nº de consultas pré-natal	1-3	822	5,8
	4-6	4.543	32,1
	>7	8.591	60,8
Peso ao nascer (g)	<2.500	1.117	7,9
	>2.500	13.018	92,1

Fonte: SINASC, 2019. Elaboração própria

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os recém-nascidos com maior risco de morte e incapacidade são aqueles com complicações relacionadas à prematuridade, lesão cerebral no momento do parto, infecções bacterianas graves, icterícia e/ou condições

congênitas. Além disso, o custo financeiro e psicológico para suas famílias podem trazer consequências no seu desenvolvimento emocional e cognitivo (OMS, 2015).

A mãe adolescente de um bebê prematuro vivencia um período de estresse e preocupações, incluindo insegurança quanto aos cuidados, medo diante do momento de fragilidade e risco ao qual o filho está exposto, ansiedade em relação as possíveis patologias que a criança pode desenvolver, tratamento e recuperação do bebê (BARROSO, PONTES E ROLIM, 2015).

Em 2017, segundo dados da OMS, aproximadamente 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida no mundo, a maioria por causas evitáveis. Desde óbitos neonatais, 80% tinham baixo peso ao nascer e em média 65% eram prematuros (OMS, 2019).

Observa-se que 55,4% das mães adolescentes do semiárido paraibano tiveram parto normal, porém houve uma porcentagem elevada de partos cesáreos (mais de 40% dos casos), mas esse não é um fenômeno isolado, já que percebe-se uma elevação expressiva nas taxas de cesáreas em praticamente todo o mundo, ultrapassando o percentual de 10 a 15% dos partos, que é considerado aceitável e justificável pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015).

A indicação do tipo de parto deve ser baseada em motivos clínicos consistentes e em situações específicas. A cesárea é um procedimento cirúrgico e tem como finalidade intervir quando riscos são maiores diante dos benefícios do parto normal, sendo indicada apenas em casos necessários.

Além dos riscos do procedimento cirúrgico, as mulheres submetidas à cesárea apresentam risco de desenvolvimento de infecções, hemorragias e em futuras gestações podem apresentar riscos a saúde materna e infantil como: placenta prévia, acretismo placentário, hemorragia pós-parto e histerectomia.

Outro fator relacionado a saúde gestacional é a cobertura do programa pré-natal. Estudos mostram que, quanto maior o número de consultas pré-natal, menores são as taxas de mortalidades neonatal e materna. Um pré-natal completo pode minimizar as prevalências de prematuridade, reduzir o número de bebês com baixo peso ao nascer, além de combater a hipertensão e anemia no período gestacional. A OMS preconiza de 4 a 8 consultas com profissionais de saúde ao longo de sua gravidez (ANJOS e BOING, 2016; OPAS, 2016; OMS; 2015).

A Tabela 4 mostra que cerca de 8% dos nascimentos foram com baixo peso. Segundo a OMS, um a cada sete bebês nascem com baixo peso e esse é um grande desafio de saúde

pública, pois aqueles que sobrevivem têm um risco maior de desnutrição, problemas físicos e de desenvolvimento mais tarde na vida, incluindo diabetes e doenças cardiovasculares (OPAS, 2019).

A Tabela 5 mostra o cruzamento entre as variáveis *peso ao nascer* e *duração da gestação* e a Tabela 6 *peso ao nascer* e *número de consultas pré-natal*:

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa segundo *peso ao nascer* e *duração da gestação* para as adolescentes do semiárido paraibano, 2010 e 2015.

Peso ao nascer	Duração da gestação				Total	
	Não prematuro		Prematuro			
	n	%	n	%	n	%
baixo peso	448	40,1	669	59,9	1.117	100
não baixo peso	11.912	91,5	1.106	8,5	13.018	100
Total	12.360	100	1.775	100	14.135	-

FONTE: SINASC, 2019

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa segundo *peso ao nascer* e *número de consultas pré-natal* para as adolescentes do semiárido paraibano, 2010 e 2015.

Peso ao nascer	Nº de consultas pré-natal								Total	
	Nenhuma		1-3		4-6		>7			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	33	3,0	175	15,7	496	44,4	413	37,0	1.117	100
Não baixo peso	146	1,1	647	5,0	4.047	31,1	8.178	62,8	13.018	100
Total	179	-	822	-	4.543	-	8.591	-	14.135	100

FONTE: SINASC, 2019

A Tabela 5 mostra que dos 1.117 registros de nascimento que nasceram abaixo do peso, 59,9% deles nasceram prematuros, indicando uma possível associação entre essas variáveis na adolescência, necessitando ser melhor investigado os fatores que levam a essa relação.

Diversos fatores influenciam a variável “peso ao nascer” e um deles é a nutrição materna. Nos primeiros meses do período gestacional, os enjoos ocasionados por alterações hormonais podem gerar na gestante maior dificuldade para alcançar o valor calórico estimado para esse período e, conseqüentemente, ela perde peso. A persistência dessa deficiência coloca a mãe e o feto em situação de risco nutricional, principalmente pela carência de micronutrientes para a formação fetal intra-uterina (CUNHA, et. al, 2016).

A Tabela 6 mostra expõe que 18,7% das mães adolescentes realizaram menos de 4 consultas pré-natal, fugindo do parâmetro da OMS que preconiza entre 4-8 consultas. A gestação, principalmente na adolescência, é um período que impõe necessidades nutricionais adequadas. A nutrição correta é primordial para a saúde da mãe e do bebê. O diagnóstico de anemia da mãe no período gestacional (diagnosticado nos encontros do pré-natal) e a

prematuridade, por exemplo, podem ser fatores de risco para o baixo peso da criança ao nascer (GONÇALVES et. al, 2019).

A Tabela 7 mostra a relação entre as variáveis “peso ao nascer” e “tipo de parto”:

Tabela 7. Frequência absoluta e relativa segundo *peso ao nascer* e *tipo de parto* para as adolescentes do semiárido paraibano, 2010 e 2015.

Peso ao nascer	Tipo de Parto				Total	
	Cesáreo		Vaginal			
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	401	5,9	716	64,1	1.117	100
Não baixo peso	5.902	5,3	7.116	54,7	13.018	100
Total	12.360	-	6.303	-	7.832	-

FONTE: SINASC, 2019.

Observa-se que, entre mães adolescentes que tiveram parto vaginal, 64,1% apresentaram recém-nascidos com baixo peso, enquanto que 35,9% das crianças que nasceram com baixo peso, suas mães tiveram parto cesáreo.

Gonzaga et. al (2016) mostraram que existe uma associação entre o baixo peso do recém-nascido e o parto cesáreo nas puérperas. Porém a causa ainda não está bem explicada, dado que fatores como a prematuridade e complicações clínico-obstétricas também podem influenciar na escolha da cesariana para a gestante, onde nesses casos o parto cesáreo seria indicado.

Diversas pesquisas vêm alertando para a associação entre a gestação no período da adolescência e o risco elevado de recém-nascidos (RN) pequenos para a idade gestacional. Além da maior probabilidade dos RN de gestantes adolescentes nascerem com baixo peso, alguns estudos mostram taxas maiores de morbidade e de mortalidade nesse grupo etário (OLIVEIRA et. al, 2018).

A Tabela 8 exibe a relação entre as variáveis “duração da gestação” e o “número de consultas pré-natal” realizadas pelas adolescentes:

Tabela 8. Frequência absoluta e relativa segundo *duração da gestação* e *número de consultas pré-natal* para as adolescentes do semiárido paraibano, 2010 e 2015.

	Nº de consultas pré-natal (em semanas)								Total	
	Nenhuma		1-3		4-6		>7			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não prematuro	137	1,1	580	4,7	3.800	30,7	7.843	63,5	12.360	100
Prematuro	42	2,4	242	13,6	743	41,9	748	42,1	1.775	100
Total	179	-	822	-	4.543	-	8.591	-	14.135	-

FONTE: SINASC, 2019.

Esses resultados mostram que um número considerável de mães adolescentes que tiveram filhos não prematuros estão realizando acima de 4 consultas pré-natais. Nota-se que 63,3% delas realizaram mais de 6 consultas e não tiveram filhos prematuros. Porém, pontua-se que, das mães que tiveram filhos prematuros, 13,6% delas realizaram apenas 1-3 consultas.

A gestante adolescente dá início ao pré-natal um pouco mais tarde e acaba por fazer um menor número de consultas, quando comparada às mulheres com vinte anos ou mais. Esta situação pode ser considerada como um fator de risco tanto para a saúde materna, como para a criança (HYDALL, DUARTE e COSTA, 2018).

A Tabela 9 mostra a associação entre as variáveis *duração da gestação* e *tipo de parto*:

Tabela 9. Frequencia absoluta e relativa segundo *tipo de parto* e *duração da gestação* para as adolescentes do semiárido paraibano, 2010 e 2015.

Duração da gestação	Tipo de Parto				Total	
	Cesáreo		Varginal		n	%
	n	%	n	%		
Não prematuro	5.694	46,1	6.666	53,9	12.360	100
Prematuro	609	34,3	1.166	65,7	1.775	100
Total	6.303	-	7.832	-	14.135	-

FONTE: SINASC, 2019

Observa-se dos partos prematuros, 34,3% das mães adolescentes tiveram parto cesáreo e 65,7% tiveram parto vaginal. Porém, das mães que tiveram filhos não prematuros, 46,1% tiveram cesariana e 53,9% tiveram parto normal. A duração da gestação é um dos componente mais importantes do desenvolvimento intra-uterino, sendo as gestações com nascimento prematuro (inferior a 37 semanas) um risco elevado para a mortalidade neonatal. Nas pesquisas sobre sobrevivência infantil, a duração da gestação é considerada um importante indicador para a viabilidade do recém-nascido (ORTIZ, 2016).

Foi realizado o Teste qui-quadrado bilateral entre as variáveis: *peso ao nascer*, *duração da gestação*, *tipo de parto* e *número de consultas pré-natal*. Os resultados estão apresentados na Tabela 10:

Tabela 10. Resultados do Teste Qui-quadrado entre as variáveis: *peso ao nascer*, *duração da gestação*, *tipo de parto* e *número de consultas pré-natal*, no semiárido paraibano, 2010 e 2015

Cruzamento das variáveis	Qui-quadrado	Significância Assintótica Bilateral (p-valor)*
Peso ao nascer e duração da Gestação	2.474,832	0,000
Peso ao nascer e tipo de parto	37,084	0,000
Duração da gestação e número de consultas	408,433	0,000
Duração da gestação e tipo de parto	86,84	0,000
Peso ao nascer e número de consultas	399,54	0,000

*significativo ao nível de 0,001 / Fonte: SINASC, 2019. Elaboração Própria

Os resultados da associação apontam que é possível rejeitar a Hipótese nula (H_0) de que não há relação entre as variáveis: “duração da gestação”; “número de consultas pré-natal”; “tipo de parto” e “peso ao nascer”, onde todos os cinco cruzamentos entre variáveis realizados apresentaram p -valor $< 0,001$. Conseqüentemente aceita-se a Hipótese alternativa (H_1) que há evidências de diferenças significativas entre os cruzamentos realizados, indicando uma associação da frequência relativa entre variáveis cruzadas, ou seja, o peso ao nascer está associado com a duração da gestação, o tipo de parto e o número de consultas pré-natal, bem como entre a duração da gestação está associada com o tipo de parto e o número de consultas pré-natal.

CONCLUSÕES

Observa-se avanços consideráveis na qualidade dos registros de nascidos vivos das mães adolescentes do semiárido da Paraíba, atingindo nos anos 2010 - 2015 a universalidade dos registros. Essa qualidade pode ser verificada tanto na cobertura dos registros dos NV como no preenchimento das variáveis, também com quase 100%. Esse é um marco na história dos registros vitais do Semiárido paraibano. Fato esse que cumpre a meta da universalidade dos registros de nascimentos.

As variáveis associadas a saúde materno-adolescentes revelaram problemas com percentuais elevados ou fora do preconizado pela OMS com relação as seguintes variáveis: *número de consultas pré-natal* abaixo do número mínimo de quatro encontros ainda é uma realidade, *duração da gestação* e *peso ao nascer*, com número acima da média de nascidos prematuramente e com baixo peso. A variável *tipo de parto* foi a que apresentou maior distância da média estipulada pela OMS, infelizmente seguindo uma tendência de aumento do número de partos cesáreos.

Elevados níveis dessas variáveis geram novos desafios a serem alvos preferenciais das políticas de saúde materno-infantil das adolescentes, em particular do Semiárido da Paraíba.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE et al. O cuidado da criança por mães adolescentes. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236228>> Acesso em 18 out 2019.
- ANJOS, Juliana Cristine dos; BOING, Antonio Fernando. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 835-850, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2016.v19n4/835-850/>> Acesso em: 30 out 2019.

- BARROSO, Monique Linhares; PONTES, Aline Lopes; ROLIM, Karla Maria Carneiro. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, p. 168-175, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324038465005.pdf>> Acesso em: 30 out 2019.
- GONÇALVES, Irene da Silva Araújo; PRIORE, Silvia E.; COSTA, Glaucete D. Anemia na gestação e peso ao nascer do recém-nascido: Revisão Sistemática/Anemia in pregnancy and birth weight of the newborn: systematic review. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p. 18892-18907, 2019. Disponível em: <<http://brjd.com.br/index.php/BRJD/article/view/3743>> Acesso em: 18 Out 2019.
- GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque, et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol 6, nº 21, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000601965&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 21 Out 2019.
- HYDALL, Ana Rosa Sales; DUARTE, Risanda Nóbrega; DA COSTA, Ruth Silva Lima. Partos prematuros em adolescentes em Rio Branco-Acre no ano de 2015. **DêCiência em Foco**, vol 2, ° 1, 2018. Disponível em: <<http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/144>> Acesso em: 22 Out 2019.
- OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de et al. Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2373-2382, 2018. Acesso em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2373-2382/>> Acesso em 30 out 2019.
- ORTIZ, Luis Patrício. A mortalidade neonatal no Estado de São Paulo: níveis e tendências segundo a duração da gestação. **Anais**, 2016, 1-14. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1547/1510>> Acesso em: 23 Out 2019.
- PAES, Neir Antunes; MELO, Ianne Rafaella Santos; DA SILVA BRAGA, Jessica. A qualidade dos registros de nascimentos e as condições de vida do Semiárido brasileiro: construção de indicadores sintéticos. **Anais**, p. 1-18, 2017. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2733/2632>> Acesso em 18 Out 2019.
- PAES, Neir Antunes. **Demografia estatística dos eventos vitais**. 2ª Edição. João Pessoa: Editora CCTA, UFPB, 2018.
- ROMERO, Dalia E.; DA CUNHA, Cynthia Braga. Disponibilidade e qualidade da informação epidemiológica e demográfica no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para menores de um ano. **Anais**, p. 1-18, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/download/1545/1508>> Acesso em: 18 Out 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf>> Acesso em 30 out 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820> Acesso em: 31 out 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Um em cada sete bebês em todo o mundo nascem com baixo peso. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5935:um-em-cada-sete-bebes-em-todo-o-mundo-nascem-com-baixo-peso&Itemid=820> Acesso em: 31 out 2019.