

Prematuridade dos recém-nascidos em Porto Alegre e seus fatores associados.

Prematurity of newborns in Porto Alegre and its associated factors

Talu Haubert da Silva*

Lísia Maria Fensterseifer**

Resumo: Este estudo tem o objetivo de encontrar os fatores associados à prematuridade nos nascidos vivos em Porto Alegre, no ano de 2008, e estimar a prevalência da prematuridade nos anos de 2001 a 2008. Trata-se de um estudo transversal utilizando os dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) de Porto Alegre. Foram realizados os testes qui-quadrado e de tendência linear de Wald entre a variável dependente (prematuridade) e as independentes. Para verificar a associação dos fatores estudados à prematuridade, realizou-se a análise de regressão de Poisson. Verificou-se que a prematuridade, em Porto Alegre, vem aumentando e, em 2008, foi de 9,9%. O risco de nascimento prematuro aumentou, em proporção inversa à do número de consultas de pré-natal (quanto menos consultas, maior o risco da prematuridade), e em mães com idade superior a 40 anos e naquelas submetidas ao parto cesáreo. Assim é possível indicar que o incentivo ao pré-natal e o desestímulo ao parto cesariano eletivo podem diminuir a prematuridade. Ainda é importante realizar mais pesquisas utilizando os bancos de dados disponíveis para indicar suas limitações e melhorar a qualidade dessas informações.

Palavras-chaves: prematuridade, fatores de risco e epidemiologia.

Abstract: This study aims to find the factors associated with preterm births in Porto Alegre in 2008 and estimate the prevalence of prematurity in the years 2001 to 2008. This is a cross-sectional study that used data from SINASC (Information System on Live Births) in Porto Alegre. We used the chi-square and linear trend Wald between the dependent variable (preterm birth) and the independent. To verify the association

* Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição e docente da Escola de Saúde da UNISINOS.

** Enfermeira e docente da Escola de Saúde da UNISINOS.

of the factors studied to prematurity was held on analysis of regression of Poisson. It was found that prematurity in Porto Alegre has increased and in 2008 was 9.9%. The risk of preterm birth increased inverse proportional to the number of prenatal care visits (the fewer doctor visits attended the higher is the risk of preterm birth), in mothers aged over 40 years and those submitted to cesarean section. So it is possible to indicate that the incentive to prenatal care and discourages elective cesarean delivery may reduce prematurity. It is still important to conduct further research using the databases available to indicate its limitations and improve the quality of information.

Keywords: Prematurity, risk factors and epidemiology

INTRODUÇÃO

O tema para este estudo surgiu pela necessidade de encontrar os fatores associados à prematuridade na população de nascidos vivos em Porto Alegre. Constata-se que a prematuridade é o principal fator para a superlotação das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e um determinante para a morbimortalidade neonatal em países como o Brasil¹. Para tanto, faz-se necessário investigar não só o que pode causar ou aumentar os índices de prematuridade, mas também o modo de prevenir ou diminuir o número de prematuros.

No ano de 2006, no Rio Grande do Sul, morreram mais de 1.247 crianças com menos de 28 dias de idade², e outros estudos relataram que recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer apresentam maior risco de mortalidade em relação aos nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g e com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas³. Assim, para reduzir os índices de mortalidade neonatal, é necessário encontrar meios para reduzir a prematuridade. É importante lembrar que as taxas de mortalidade infantil, no Brasil, reduziram-se devido às melhores condições de saneamento básico, à vacinação e às orientações sobre reidratação oral, porém a concentração maior de mortes ainda se mantém no período neonatal. A prematuridade é considerada um grave problema de Saúde Pública, pois se constituiu um fator determinante da morbimortalidade neonatal¹.

É reconhecido também que a prematuridade não só é responsável por várias complicações no período neonatal, como displasia broncopulmonar, enterocolite necrosante, hemorragia intracraniana⁴, como também contribui com problemas de desenvolvimento do sistema nervoso, disfunção pulmonar e complicações visuais¹.

Estudos epidemiológicos, principalmente em países desenvolvidos, têm identificado vários fatores de risco para a prematuridade, os quais se dividem entre os seguintes: genéticos e constitucionais; demográficos e psicossociais; obstétricos; nutricionais; doenças da mãe durante a gestação; contato com substâncias tóxicas; e pouca ou nenhuma assistência no pré-natal³. Para reunir mais informações epidemiológicas referentes aos nascimentos, o Ministério da Saúde implantou o SINASC. Esse sistema serviu como fonte de dados para investigar, nesta pesquisa, os nascimentos prematuros no município de Porto Alegre.

Este estudo estimou a prevalência da prematuridade em Porto Alegre e identificou os fatores associados à prematuridade, com o intuito de reduzir a morbimortalidade neonatal nesse município e no nosso Estado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com base em dados secundários disponíveis no SINASC do Estado do Rio Grande do Sul. O SINASC foi escolhido como banco de dados, pois este fornece uma contribuição significativa de dados sobre nascidos vivos, com suas principais características, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, entre outras¹. A base de dados do SINASC é fornecida pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) juntamente com o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). A operacionalização do sistema é composta pelo documento padrão, que é a Declaração de Nascimento (DN), e pelo programa para operação em microcomputadores, em todos os Estados⁵.

A população a ser estudada foi composta de todos os registros dos nascidos vivos, de parto único, no município de Porto Alegre, no período de janeiro de 2001 a dezembro 2008.

O critério de inclusão observado é o de que crianças prematuras serão consideradas aquelas nascidas vivas, de gestação com duração de 22 a 37 semanas. Excluem-se, portanto, crianças nascidas de idade gestacional menor que 22 semanas e os partos gemelares. As primeiras não foram incluídas por considerar-se aborto a interrupção da gravidez até 22 semanas ou, em caso de idade gestacional desconhecida, pesando o neonato menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm⁶. Os partos gemelares também foram excluídos por ser muito comum o nascimento prematuro nesse tipo de gestação¹.

Para estimar a prevalência da prematuridade, nos anos de 2001 a 2008, foram calculadas as taxas de prevalência. Para a identificação dos fatores associados ao parto prematuro, no ano de 2008, a variável dependente é a prematuridade. As variáveis independentes pesquisadas são as seguintes: sexo do recém-nascido (masculino e feminino), cor da pele (branca e não-branca), idade materna (inferior a 20 anos; de 21 a 29; de 30 a 39; de 40 a 51 anos); estado civil da mãe (casada, separada, solteira e viúva); escolaridade da mãe (nenhum ano de estudo, 1 a 3 anos, 4 a 8, 9 a 11 e mais de 12 anos de estudo); tipo de parto (vaginal e cesárea) e número de consultas pré-natal (nenhuma, 1 a 3, 4 a 6 e 7 e mais consultas). A cor da pele amarela e a indígena não foram incluídas nessa pesquisa pelo baixo número encontrado nas declarações do SINASC no ano de 2008 (n = 13).

Foi realizada a distribuição de frequência das variáveis escolhidas para este estudo. Para testar a associação entre a prematuridade e as variáveis independentes nesta pesquisa foi utilizado o teste de associação do qui-quadrado e, quando pertinente, o teste de tendência linear de Wald. Também foi realizada a análise de regressão de Poisson para constatar a associação dos fatores estudados à prematuridade. Para entrada nesse modelo, foram consideradas todas as variáveis que apresentaram o valor de $p < 0,20$ no teste qui-quadrado. Mantiveram-se, no modelo de regressão de Poisson, as variáveis que, após ajustadas ou controladas, conservaram o valor de $p \leq 0,05$. Foram descritas, primeiramente, as variáveis sociodemográficas (cor da pele, escolaridade, sexo, estado civil e idade da mãe), tipo de parto e a utilização de serviços (números de consultas). Para esta análise foram calculadas as razões de chance (risco relativo – RR - bruto e ajustado) e os seus referentes intervalos de confiança com índice de significância de 5% para as associações encontradas.

A constituição do banco de dados foi realizada pelos programas Excel (Microsoft Office Excel 2003) e TabWin 32 (Ministério da Saúde, Brasil). Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa específico SPSS 17.0 para Windows.

O projeto deste estudo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e da Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre, tendo sido aprovado nessas avaliações.

RESULTADOS

Na análise dos dados do SINASC para o município de Porto Alegre, verificou-se que o registro de nascidos vivos, no ano de 2008, foi de 18.073 crianças e, desses, 1.783 foram prematuros. Foi constatada uma tendência de aumento da prevalência de partos prematuros, do ano de 2001 a 2008, considerando-se que a taxa de prematuros, em 2001, era de 8,9%, e em 2008, subiu para 9,9% (Gráfico 1). Verificou-se ainda que, de 2002 para 2003, a taxa de prematuros apresentou um aumento importante, de 0,8%, diminuindo, porém, nos anos consecutivos, e elevando-se novamente no ano de 2008.

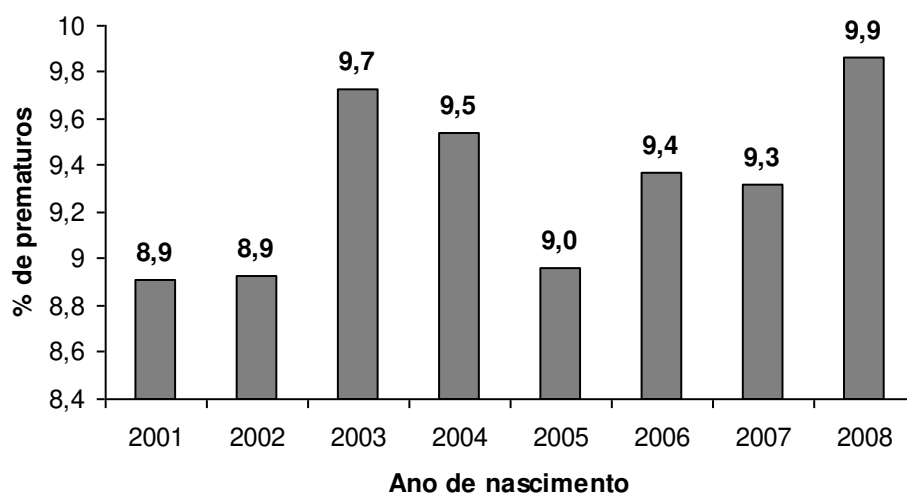


Gráfico 1: Prevalência de prematuridade no período de 2001 a 2008. **Fonte:** SINASC, 2008, Porto Alegre, RS, Brasil.

Avaliando os dados do ano de 2008 averiguou-se que a média de idade materna foi de 27,05 anos, com Desvio Padrão (DP) de 6,85 anos: a menor idade constatada foi de 12 anos e a maior, de 49 anos. O peso médio das crianças, ao nascer, foi de 3158,2g (DP = 584,48g): o peso mínimo verificado foi de 505g e o máximo de 6.240g.

Conforme tabela 1, o número de consultas no pré-natal variou de nenhuma a 7 ou mais; constata-se que 70,5% das mães dos nascido-vivos realizaram 7 ou mais consultas durante a sua gestação.

Tabela 1: Distribuição dos nascidos vivos e pré-termos, segundo o sexo, a cor da pele, a idade materna, o estado civil, a escolaridade, o tipo de parto e número de consultas de pré-natal.

Variáveis	Nascidos vivos		Nascidos pré-termos		p
	n	%	n	%	
Sexo					0,045
Masculino	9.109	50,4	939	10,3	
Feminino	8.963	49,6	844	9,4	
Cor da pele					0,245
Branca	14.182	78,5	1417	10,0	
Não-branca	3.876	21,5	363	9,4	
Idade materna (anos)					<0,001*
≤ 20	3.670	20,3	348	9,5	
21-29	7.855	43,5	713	9,1	
30-39	5.834	32,3	621	10,6	
40-51	714	4,0	101	14,1	
Estado civil					0,826
Com companheiro	4.414	24,4	438	9,9	
Sem companheiro	13.642	75,6	1338	9,8	
Escolaridade (anos)					0,067*
0 a 3	638	3,5	85	13,3	
4 a 8	4.317	23,9	464	10,7	
9 a 11	7.551	41,8	680	9,0	
≥12	5.481	30,4	546	10,0	
Tipo de parto					<0,001

Vaginal	9.619	53,2	749	7,8
Cesárea	8.454	46,8	1034	12,2
Número de consultas				
no pré- natal				
				<0,001*
Nenhuma	482	2,7	116	24,1
1 a 3	1.300	7,2	240	18,5
4 a 6	3.530	19,6	509	14,4
7 ou mais	12.715	70,5	913	7,2

Fonte: SINASC, 2008, Porto Alegre, RS, Brasil. *Valor p para o teste qui-quadrado de tendência. Os totais podem diferir devido a dados perdidos.

No ano de 2008, constatou-se que a prematuridade foi prevalente no sexo masculino, em 10,3%, enquanto que, entre as meninas, foi de 9,4% ($p = 0,045$). A prevalência dos partos prematuros foi encontrada entre mulheres com idade superior a 40 anos (14,1%) e, em contrapartida, a menor taxa registrada foi entre as mães com idade de 21-29 anos (9,1%) ($p < 0,001$).

A prematuridade foi mais frequente nos partos cesáreos, em 12,2%, do que nos partos vaginais 7,8%, com o $p < 0,001$. Notou-se a prevalência de partos prematuros entre mães que não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal, 24,1%, verificando-se também que, quanto maior o número de consultas realizadas durante a gestação, menor foi a taxa de prevalência de prematuridade: de 1 a 3 consultas (18,5%), de 4 a 6 consultas (14,4%) e de 7 ou mais consultas (7,2%), com $p < 0,001$.

A tabela 2 mostra a razão do risco relativo (RR bruto e ajustado) entre a prematuridade e as variáveis aqui pesquisadas. As variáveis sexo da criança, estado civil e escolaridade da mãe perderam a significância estatística quando submetidas à análise ajustada.

As mães com idade maior do que 40 anos, após a análise ajustada, apresentaram o $RR = 1,47$ (IC95% 1,28 – 1,56), e as mães com 30 a 39 anos apresentaram $RR = 1,30$ (IC95% 1,06 – 1,17). As mulheres, nessas respectivas idades, apresentaram maior chance de ter filhos prematuros quando comparadas àquelas de 20 a 39 anos de idade.

Observando a relação da prematuridade com a variável tipo de parto, verificou-se que o risco de nascimento prematuro foi maior nos partos cesáreos, apresentando aumento na análise ajustada ($RR = 1,90$; IC 95% 1,72 – 2,09).

Foi constatado que a maior chance de nascimento prematuro ocorreu com mães que não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal, apresentando RR = 4,72 (IC 95% 3,93 – 5,66).

Tabela 2: Risco Relativo (RR) bruto e ajustado (IC95%) estimado pela regressão de Poisson, segundo o sexo, a cor da pele, a idade materna, o estado civil, a escolaridade, o tipo de parto e número de consultas de pré-natal. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Porto Alegre, RS, Brasil, 2008.

	RR*			p	RR			p
	bruto	IC*95%			ajustado	IC*95%		
Sexo								
Masculino	1,09	1,00	1,20	0,045	1,08	0,99	1,18	0,090
Feminino	1,00				1,00			
Cor da pele								
Branca	1,00				1,00			
Não-branca	0,94	0,84	1,05	0,246	0,87	0,78	0,97	0,012
Idade materna (anos)								
≤ 20	1,04	0,92	1,18	0,480	1,02	0,90	1,16	0,729
21-29	1,00				1,00			
30-39	1,17	1,06	1,30	0,002	1,15	1,04	1,28	0,008
40-51	1,56	1,28	1,89	<0,001	1,47	1,21	1,78	<0,001
Estado civil								
Com companheiro	1,00				1,00			
Sem companheiro	0,99	0,89	1,10	0,826	0,95	0,84	1,06	0,344
Escolaridade (anos)								
0 a 3	1,23	0,99	1,52	0,063	0,97	0,77	1,20	0,752
4 a 8	1,08	0,96	1,21	0,205	0,93	0,81	1,07	0,334
9 a 11	0,90	0,81	1,01	0,064	0,88	0,78	0,99	0,035
≥12	1,00				1,00			
Tipo de parto								
Vaginal	1,00				1,00			
Cesárea	1,57	1,44	1,72	<0,001	1,90	1,72	2,09	<0,001
Número de								

consultas no pré natal

Nenhuma	3,36	2,83	3,98	<0,001	4,72	3,93	5,66	<0,001
1 a 3	2,57	2,26	2,93	<0,001	3,38	2,94	3,88	<0,001
4 a 6	2,01	1,81	2,22	<0,001	2,48	2,22	2,77	<0,001
7 ou mais	1,00				1,00			

Fonte: SINASC, 2008, Porto Alegre, RS, Brasil. *RR: risco relativo, **IC: intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

O SINASC é um sistema de informações nacionais, que é de responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. O objetivo de sua criação foi diminuir a subenumeração e melhorar a qualidade das informações sobre os nascidos vivos. Esse sistema foi criado em 1990 e implantado, de forma lenta e gradual, em todos os municípios do país. Muitas dessas cidades já apresentaram número de registros de nascidos vivos maiores que o divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As informações desse sistema são inestimáveis para análises epidemiológicas, estatísticas e epidemiológicas, promovendo melhorias em políticas públicas para as gestantes e os seus recém-nascidos ^{7,1}.

No município em estudo, Porto Alegre, o SINASC foi implantado no ano de 1992, e, a cada ano, a Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/Equipe de Vigilância de Doenças Vitais, Agravos e Doenças não Transmissíveis estrutura e alimenta rotinas de fluxo e análises que permitem formar séries históricas de vários indicadores do perfil de nascidos vivos nessa cidade ⁸.

É importante ressaltar que, mesmo com todo esse investimento e com avaliações positivas em relação à confiabilidade dos dados do SINASC, principalmente no que diz respeito ao peso dos recém-nascidos e aos tipos de parto, algumas limitações são encontradas quando se precisa avaliar a idade gestacional, pois esta é coletada de forma agrupada (faixas de idades gestacionais) e não de forma continuada, o que impede a avaliação mais precisa da prematuridade, demonstrando subestimação nos nascimentos pré-termo ^{7,1}.

A metodologia escolhida para a realização desta pesquisa, o estudo transversal, também apresenta limitações que devem ser consideradas, como, por exemplo, a dificuldade de estabelecer associações que afirmem causas e consequências. Estudos

já publicados com essa metodologia e com o uso do SINASC, no Estado de Santa Catarina, demonstraram a mudança nas notificações em relação à idade gestacional menor de 37 semanas, do ano de 1994 a 1999 (0,07% a 0,83%) e, de, 2000 a 2005 (5,32% a 6,05%), verificando-se que a cobertura do SINASC foi melhorando e demonstrando que baixou o nível de subnotificações¹. Já no município de Porto Alegre, essa grande diferença nas notificações em relação à prematuridade não foi verificada, pois nesse mesmo período, o SINASC apresentou, em seus registros, uma taxa de prematuros de 7,39% a 8,15% (de 1994 a 1999) e de 9,9% a 9,4% (de 2000 a 2005)⁸.

Alguns estudos investigaram a validação dos dados do SINASC, demonstrando que a subestimação dos dados sobre a prematuridade vêm diminuindo, e a confiabilidade das informações está variando de quase perfeita a excelente em alguns Estados^{9,10}.

Em nosso estudo, a taxa de prematuridade em Porto Alegre, nos anos de 2001 a 2008 (8,9% para 9,9%), apresentou-se semelhante à dos Estados Unidos, onde os partos prematuros têm aumentado nos últimos anos, de 10,6% para 12,5% (de 1990 a 2004)¹¹. Outras cidades e Estados brasileiros também têm apresentado aumento na prevalência de prematuridade, como no Rio de Janeiro, de 10%; Ribeirão Preto, 13,6%; Pelotas, 16,2%¹¹. Quando comparada às taxas de outras cidades e Estados brasileiros, a prematuridade em Porto Alegre apresentou-se maior que a de Goiânia (5,5%)¹², de São Paulo (7,3%)³ e de Santa Catarina (6,05%)¹ e menor em relação à das cidades de São Luiz, no Maranhão (13,9%)¹³ e de Pelotas (15,3%)¹⁴.

Quanto ao estado civil das mães, outros estudos apresentaram essa variável importante para a ocorrência da prematuridade, porém, nesse estudo de Porto Alegre e em Santa Catarina, esse fator perdeu sua significância estatística após a análise ajustada. No Estado de São Paulo, as mulheres “com menos de 20 ou mais de 34 anos, não casadas, com zero a 7 anos de estudo e gestando o primeiro ou quarto e mais filhos foram consideradas de risco para terem filhos baixo peso ou prematuros”³.

Nosso estudo demonstra que as idades das mães exerceram influência para a ocorrência de partos prematuros, independentemente de outros fatores analisados. A prematuridade apresentou associação com mães cuja idade é de mais de 40 anos e de 30 a 39 anos. Em nossa pesquisa, as mães com idade menor de 20 anos não

demonstram risco considerável para a prematuridade, contrariando outros estudos^{3,14}. A prematuridade pode estar associada à idade avançada por fatores como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, intercorrências obstétricas e infecção urinária¹.

O tempo de escolaridade é um fator importante para o reconhecimento e acesso aos serviços de saúde. Embora a baixa escolaridade esteja relacionada à prematuridade no estudo de Kilsztajn *et al.*³, em nossa pesquisa, essa variável não foi significativa após os ajustes; acredita-se que essa variável seja mais bem avaliada se analisada com outros fatores, como o acesso a serviços de saúde¹.

Quanto à análise da influência do tipo de parto na prematuridade, observa-se que a taxa de cesariana entre os nascidos vivos no ano de 2008, em Porto Alegre, é alta, de 46,8%, em comparação com a recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de no máximo 15%¹⁵. Verifica-se que, entre os 12 países com maior prevalência de cesariana, o Brasil está em segundo lugar, com uma taxa de 32%, e que, em nosso município de estudo, essa taxa é mais elevada que a média no país. É importante considerar ainda que essa taxa de cesarianas está aumentando em Porto Alegre: analisando os anos 1998 a 2008, esse número elevou-se de 35,8% para 46,8%⁸. Estudos levantaram algumas hipóteses para esse aumento nas realizações de partos cesáreos, entre essas estão: para as mulheres, a dor do parto normal, o conceito de que a cesárea mantém a anatomia do canal vaginal e do períneo e o dito popular que apregoa ser o parto normal mais perigoso que a cesárea; e, para os médicos, a cesariana é conveniente, pois essa intervenção pode ser programada¹⁶.

Nossa pesquisa demonstra que o parto cesáreo está relacionado à prematuridade, porém, como o banco de dados do SINASC não nos possibilita identificar se essas cesáreas são eletivas ou não, não poderemos expandir a relação da prematuridade com esse tipo de parto.

Outros estudos relacionam a prematuridade como causa de parto cesáreo considerando que os métodos que estimam a idade gestacional podem ter uma margem de erro de 3 semanas, para mais ou para menos. A Declaração de Nascido Vivo, que alimenta o banco do SINASC, utiliza o método Capurro – que avalia a idade gestacional pelas características do recém-nascido – e esse meio é, muitas vezes, contraditório ao da idade gestacional obtida antes do parto.

Como já verificamos, alguns estudos demonstraram uma subestimação no número de nascimentos pré-termo no SINASC, ao constatar que, quanto maior a idade gestacional entre os prematuros, maior o índice de prematuros classificados como a termo ⁹. Isso também contribui para explicar como as mais altas taxas de prematuros estão entre os de 32 a 36 semanas ⁸.

A prevalência da prematuridade em Porto Alegre não esteve associada à cor da pele do recém-nascido e, após a análise ajustada o sexo do recém-nascido também não apresentou associação com o parto prematuro.

Os resultados de nossa pesquisa mostraram que o número de consultas de pré-natal possui uma forte influência na ocorrência da prematuridade. Quanto maior o número de consultas, menor a relação com o risco de nascimento prematuro (de 7,2%, com 7 consultas ou mais e, de 24,1%, com nenhuma consulta de pré-natal). Esses achados também estão presentes em outros estudos, como o de Aragão *et al.* ⁴, Cascaes *et al.*¹ e Kilsztajn *et al.* ³, por meio dos quais, os autores verificaram que com, o aumento do número de consultas pré-natais de 0 a 3 para 7 ou mais consultas, ocorre a redução da prevalência de baixo peso e ou nascimento pré-termo (de 14% para 4%) ³. Faz-se necessário, ainda, ressaltar que a associação entre o número de consultas de pré-natal e a prematuridade pode ter sua taxa um tanto aumentada pelo fato de que muitas mulheres que tiveram seus filhos prematuros provavelmente realizaram menos consultas de pré-natal.

Com os resultados apresentados nesta pesquisa, podemos concluir que é necessário o incentivo a políticas públicas voltadas para as melhorias no pré-natal e na educação e saúde das gestantes, desestimulando os partos cesarianos de forma eletiva e, assim, conseguindo reduzir as taxas de prematuridade. Acreditamos que, envolvendo os profissionais da saúde, aumentando seu conhecimento sobre as consequências da prematuridade e do parto cesáreo, envolvendo mais pesquisas que demonstrem os fatores de riscos do parto prematuro, poderá reduzir-se a prematuridade e, conseqüentemente, a superlotação das unidades neonatais, o índice de morbi-mortalidade neonatal e as complicações no período neonatal dos nascidos vivos. Para tanto, necessita-se de melhorias no planejamento das ações voltadas ao pré-natal, acompanhadas de uma boa estratégia para sua implementação e de uma forte fiscalização para a manutenção do serviço¹.

Acreditamos também que mais estudos utilizando os bancos de dados existentes, avaliando suas dificuldades, podem melhorar a qualidade dessas informações.

REFERÊNCIAS

- 1 - CACAES, A. M., *et al.* Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2008. v. 24(5). p.1024-1032.
- 2 - BRASIL 2009a. Sistema de Informação sobre mortalidade. **Óbitos Infantis no Rio Grande do Sul no ano de 2006. Óbitos registrados com faixa etária de 0 a 27 dias**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/infrs.def>>. Acessado em 03 de junho de 2009.
- 3 - KILSZTAJN, S., *et al.* Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**. 2003. v.37(3). p.303-310. Disponível em: < www.fsp.usp.br/rsp >. Acessado em 10 de junho de 2009.
- 4 - ARAGÃO, V.M.F., *et al.* Risk factors for preterm births in São Luís. Maranhão, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2004; 20:57-63.
- 5 - BRASIL 2009b. **Catálogo SINASC**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>>. Acessado em 15 de junho de 2009.
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 7 - MORAES, A. B. **Baixo peso de nascidos vivos no Rio Grande do Sul, Brasil: Uma análise multinível**. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor. UFRGS. 2007. 168p.
- 8 - CUNHA J.; CATTANI, A. Relatório 2007. Parte 2. Dados georeferenciados. **SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre. 2007. p. 2- 24.
- 9 - SILVA A.A.M., *et al.* Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos em 1997- 1998. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo. 2001a. v. 35 p. 508-514.

10 – THEME, F.M.M., *et al.* Confiabilidade do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2004. v. 20. Suppl.1. p. S83-S91).

11 - SILVA, A. M. R. S., *et al.* **Fatores de Risco para nascimentos pré-termo no município de Londrina – Paraná**. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. USP. 2008. 161p.

12 – GIGLIO, M.R.P.; LAMOUNIER J.A; NETO, O.L.M. Via de parto e mortalidade neonatal em Goiânia em 2000. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo.2005. v.39. p.350-357.

13 - SILVA A.A.M., *et al.* Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luis, Maranhão State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro 2001b. v. 17. p. 1412-1423.

14 - BARROS, A.J.D., *et al.* Coorte de nascimentos em Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. 2006; v.40. p.402-413.

15 - Who (World Health Organization). Appropriate technology for birth. **Lancet**. 1985. v. 2. p. 436-437.

16 – FAGUNDES, A; CECATTI, J. G.. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 1991. v.7. n.2. p. 150-173.

***Recebido em Janeiro de 2014
Aprovado em Março de 2014***