



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

JACQUELINE BEZERRA ARAÚJO FERNANDES

**PREMATURIDADE E BAIXO PESO AO NASCER EM TRÊS MUNICÍPIOS DA
PARAÍBA NO PERÍODO DE 1997 A 2011**

SANTOS

2015



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**PREMATURIDADE E BAIXO PESO AO NASCER EM TRÊS MUNICÍPIOS DA
PARAÍBA NO PERÍODO DE 1997 A 2011**

JACQUELINE BEZERRA ARAÚJO FERNANDES

Dissertação apresentada ao programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade
Católica de Santos para obtenção do grau de
Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ambiente e Saúde

Orientador: Prof^o Dr^o Alfésio Luís Ferreira
Braga

SANTOS - SP

2015

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

F355pFernandes, Jacqueline Bezerra Araújo Fernandes.

Prematuridade e baixo peso ao nascerem três municípios da Paraíba no período de 1997 a 2011.-/ Jacqueline Bezerra Araújo Fernandes; orientador Prof^oDr^oAlfésio Luís Ferreira Braga. -Santos: {s.n.}, 2015.
73 f. (Dissertação de mestrado) -Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Dissertação. 2. Recém-nascido ao nascer. 3. Prematuridade. 4. Baixo peso. I. Braga, Alfésio Luís Ferreira. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**PREMATURIDADE E BAIXO PESO AO NASCER EM TRÊS MUNICÍPIOS DA
PARAÍBA NO PERÍODO DE 1997 A 2011**

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Dr.º. Alfésio Luís Ferreira Braga
Presidente da Banca – UNISANTOS

Prof.ª. Dr.ª. Lourdes Conceição Martins
1º Membro - UNISANTOS

Prof.º Dr.º. Marcos Abdo Arbex
2º Membro – UNIARA

Aprovado em: ____/____/____

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação foi elaborada seguindo a seguinte norma:

Estrutura:

UNISANTOS – Manual do aluno – Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

NORMA BRASILEIRA – ABNT NBR 15287 – © ABNT 211 – informação e documentação
– Projeto de Pesquisa – Apresentação.

NORMA BRASILEIRA – ABNT NBR 60 27 – © ABNT 2012 – Informação e documentação
– Sumário – Apresentação.

Referências:

NORMA BRASILEIRA – ABNT NBR 6023 - © ABNT 2002 – Informação e documentação
- Referências – Elaboração.

“Eu aprendi que o sucesso deve ser medido não tanto pela posição que alguém alcançou na vida e sim pelos obstáculos que tive de ultrapassar enquanto tentava alcançar o sucesso”

Booker T. Washingt

AGRADECIMENTOS

A Deus, Primeiramente pela força e coragem nas horas certas, e por ter colocado em meu caminho as pessoas que fizeram da luta uma vitória.

A minha mãe querida (*in memória*) Luzinete Laurentino pelas lições de humildade e coragem diante da vida e principalmente pelo enorme amor que sempre me demonstrou, sei que sempre torceu por esse momento e esteja onde estiver está muito orgulhosa e feliz por mim.

Em especial a meu pai Alfredo Araújo Neto, pela alegria que compartilham comigo em cada vitória conquistada.

Ao meu esposo José Cirilo Fernandes Neto, pessoa fundamental na realização desse sonho, pela dedicação, não me deixando abater nos momentos mais difíceis, pela compreensão e fidelidade, por ser sempre me incentivar e ajudar a conquistar todos os meus sonhos, e por ser verdadeiramente a minha “Fortaleza”. Te amo !!!

Aos meus queridos irmãos Sandra, Lucielma, Luciana, Rômero, Rogério, pelo carinho atenção e apoio dispensados em todos os momentos que precisei. Sei que vocês torcem muito por mim.

Aos meus sobrinhos, por irradiarem o nascer de um novo dia.

Meu orientador DrºAlfésio Luís Ferreira Braga, por sua disponibilidade, colaboração, valiosas orientações e ensinamentos, paciência, incentivo e ética profissional, meu eterno respeito e admiração.

À Doutora Lourdes Conceição Martins pela contribuição e ajuda incondicional, disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, bem como pela partilha de conhecimentos.

À Márcia Bezerra pela amizade, pela disponibilidade, pelo companheirismo, pelo apoio e pela preocupação.

FERNANDES, J. B. A. **Prematuridade e baixo peso ao nascer em três municípios da Paraíba período de 1997 a 2011.** (Dissertação de mestrado) Santos: Universidade Católica de Santos; 2015.

RESUMO

Os avanços na área da atenção à gestação e ao conceito ainda não estão disponíveis de modo homogêneo para todas as regiões do país. A prematuridade e o baixo peso, desfechos adversos da gestação, são duas condições que podem ser evitadas. Seus fatores de risco têm sido investigados em diferentes locais e características específicas de grupos populacionais ou de sistemas de saúde que modificam estas relações. Este estudo objetiva estimar a prevalência de baixo peso ao nascer e de prematuridade e investigar seus fatores de risco nos nascidos vivos das cidades de Patos, Sousa e Cajazeiras município do Alto Sertão Paraíba, entre 1997 a 2011. Este é um estudo transversal utilizando dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Os dados públicos foram obtidos junto ao sistema de registro de dados do Sistema Único de Saúde. Foram incluídos no estudo todos os recém-nascidos de gestação única, filhos de mãe residentes nos três municípios de interesse, durante o período definido. Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis. Para verificar a associação entre baixo peso e prematuridade com as variáveis explicativas foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. Para se avaliar fatores de risco foi utilizado o modelo de regressão logística univariado e múltiplo. Todas as variáveis independentes que apresentaram nível de significância estatística menor que 0,2 foram incluídas no modelo múltiplo específico para cada desfecho. O nível de significância adotado para confirmar associações e para identificar fatores de risco para prematuridade e baixo peso, tanto nos modelos logísticos univariados quanto nos modelos múltiplos foi de 5%. Entre os 51.830 nascidos vivos de mães residentes nos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras no período, de 1997 a 2011, 3.124 (6,03%) foram recém-nascidos com baixo peso e 2.079 (4,01%) foram prematuros. Em relação aos fatores de risco para o baixo peso, sexo feminino (RC = 1,43; IC 95% 1,30 – 1,56) e pré-natal com menos de seis consultas (RC = 1,37; IC 95% 1,24 – 1,50) foram os que se destacaram, devendo ser mencionado que ser mãe adolescente e ter escolaridade fundamental ou nenhuma escolaridade também foram fatores de risco para este desfecho. Para prematuridade, mãe viúva ou separada (RC = 2,13; IC 95% 1,38 – 3,30), menos que seis consultas de pré-natal (RC = 1,85; IC 95% 1,66 – 2,06) e mães com 36 anos ou mais (RC = 1,40; IC 95% 1,15 – 1,69) foram os fatores de risco mais relevantes, embora mãe adolescente ou solteira também tenham se mostrado fatores de risco independentes. Para ambos os desfechos, parto cesáreo se mostrou fator de proteção. Podemos concluir que apesar das limitações na estrutura dos serviços de saúde na região estudada, as prevalências de prematuridade e de baixo-peso não são maiores do que as observadas em outras cidades brasileiras localizadas em regiões com maiores valores de IDH e que fatores de risco conhecidos e encontrados em outros estudos, alguns deles evitáveis, ainda estão presentes na gênese destes desfechos adversos, merecendo atenção e a adoção de ações para eliminá-los ou reduzi-los.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade- Infantil. Prematuridade. Baixo peso ao nascer.

ABSTRACT

The advances in care during pregnancy and the fetus are not available seamlessly to all the regions of the country. Prematurity and low birth weight, adverse outcomes of pregnancy are two conditions that can be prevented. Their risk factors have been investigated in different locations and specific characteristics of population groups or health systems that modify these relationships. This study aims to estimate the prevalence of low birth weight and prematurity and to investigate its risk factors in live births in the cities of Patos, Cajazeiras and Sousa, county of Alto SertãoParaibano from 1997 to 2011. This is a cross-sectional study using data from System Live Birth Information. Public data were obtained from the Unified Health System data logging system. The study included all infants born to single pregnancy, residents mother of children in the three counties of interest during the fixed period. A descriptive analysis of all variables was done. To investigate the association between low birth weight and prematurity with the explanatory variables the Pearson chi-square test or Fisher's exact test were used. To evaluate the risk factors we used logistic regression univariate and multivariate model. All independent variables with statistical significance level less than 0.2 were included in the multivariate model specific to each outcome. The significance level adopted to confirm associations and to identify risk factors for prematurity and low birth weight in both univariate logistic models as in multiple models was 5%. Among the 51,830 live births from mothers living in Patos, Cajazeiras and Sousa city from 1997 to 2011, 3,124 (6.03%) were newborns with low weight and 2,079 (4.01%) were premature. Regarding to the risk factors for low birth weight, female sex (OR = 1.43, 95% CI 1.30 to 1.56) and prenatal less than six consultations (OR = 1.37; 95% CI 1.24 to 1.50) were the ones that stood out and should be mentioned that being a teenager mother and have basic education or no education were also risk factors for this outcome. To prematurity, widowed or separated mother (OR = 2.13, 95% CI 1.38 to 3.30), fewer than six prenatal consultations (OR = 1.85, 95% CI 1.66 to 2, 06) and mothers with 36 years or more (OR = 1.40, 95% CI 1.15 to 1.69) were the most relevant risk factors, although the teenage or single mother also have been shown to be independent risk factors. For both outcomes, cesarean section showed a protective factor. We can conclude that despite the limitations in the structures of health services in the studied region, the prematurity prevalence and low birth weight are no greater than those observed in other Brazilian cities located in areas with higher HDI values and known risk factors and in other studies, some of them preventable, are still present in the genesis of these adverse outcomes, deserving attention and taking action to eliminate or to reduce them.

Key words: Mortality- Children. Prematurity.LowBirthWeight.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da proporção de dez países com o maior número de bebês prematuros	18
Figura 2 – Distribuição de proporção de Parto Cesáreo no Mundo.....	19
Figura 3 – Fluxograma	22
Figura 4 – Localização geográfica das cidades de Patos, Sousa e Cajazeiras.....	25
Figura 5 – Cidade de Patos.....	25
Figura 6 – Cidade de Sousa	27
Figura 7 – Cidade de Cajazeiras.....	27
Figura 8 – Reprodução do formulário de Declaração de Nascido Vivo Antigo.....	32
Figura 9 – Reprodução do formulário de Declaração de Nascido Vivo Atual.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de frequência dos casos de baixo peso ao nascer e pessoa adequado em função idade materna, estado civil e escolaridade.....	35
Tabela 2 –	Distribuição de frequência dos casos de baixo peso em função do tipo de parto, números de consultas de pré-natal e sexo do recém-nascido	36
Tabela 3 –	Distribuição de frequência dos casos de prematuridade gestação a termo: características maternas idade, estado civil e escolaridade.....	37
Tabela 4 –	Distribuição de frequência dos casos de prematuridade e gestação a termo de acordo com o tipo de parto, número de consultas de pré-natal e sexo do recém-nascido	38
Tabela 5 –	Razões de chances prevalentes dos fatores de risco investigados para baixo peso ao nascer	39
Tabela 6 –	Razões de chances prevalentes dos fatores de risco investigado para prematuridade.....	40

LISTA DE SIGLAS

- BPN – Baixo peso ao nascer
- CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
- CGAIS – Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde
- DNV – Declaração de Nascido Vivo
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- MBPN - Muito Baixo Peso ao Nascer
- ODM – Objetivo do desenvolvimento do milênio
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização nas Nações Unidas
- RCIU – Crescimento Intra-uterino Restrito
- RIPSA – Rede Intergencial de Informações para a Saúde
- RNPT- Recém-nascido Pré-termo Tardio
- SINASC – Sistema de Informação de Nascido Vivo
- TMI –Taxa de mortalidade Infantil
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 BAIXO PESO AO NASCER	14
1.2 PREMATURIDADE	16
1.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	20
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	23
2 OBJETIVO GERAL	24
2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	24
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	25
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	28
3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES	28
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	34
3.5.1 Variáveis dependentes	34
3.5.2 Variáveis independentes	34
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	34
4 RESULTADOS	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	35
5 DISCUSSÃO	42
5.1 BAIXO PESO AO NASCER	43
5.1.1 Idade Materna	43
5.1.2 Estado Civil	45
5.1.3 Escolaridade.....	45
5.1.4 Tipo de Parto	46
5.1.5 Pré-natal.....	46
5.1.6 Sexo do Recém-nascido.....	49
5.2 PREMATURIDADE	49
5.2.1 Idade Materna	49
5.2.2 Estado Civil	50
5.2.3 Escolaridade.....	50
5.2.4 Tipo de Parto	52
5.2.5 Consulta pré-natal.....	52
5.2.6 Sexo do Recém-nascido.....	53
6 CONCLUSÕES	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, as condições de vida e de sobrevivência dos neonatos tornaram-se objeto de preocupação dos profissionais de saúde e gestores das esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2011). Assim, o Ministério da Saúde vem apoiando o desenvolvimento de estratégias para a efetiva e gradual redução da mortalidade infantil, contando principalmente com a pactuação entre Estados e Municípios e, com o compromisso dos gestores públicos em adotar uma agenda voltada para a sobrevivência infantil (SILVA, A. M. 2012).

No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas, objetivo do Desenvolvimento do Milênio, dentre as quais está a redução da mortalidade infantil. O objetivo do Desenvolvimento do Milênio tem como meta primordial, reduzir em dois terços a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos no período de 1990 a 2015 (BRASIL, 2011).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) representa o número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos ao longo de um ano. Seus componentes são três: mortalidade neonatal precoce - número de óbito na idade de zero a seis dias por 1000 nascidos vivos; mortalidade neonatal tardia - compreendendo os óbitos ocorridos na idade de 7 a 27 dias de vida por 1000 nascidos vivos; e a mortalidade pós-neonatal - número de óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida até um dia antes de completar um ano por 1000 nascidos vivos (DATASUS 1998).

A TMI teve expressiva queda nas últimas décadas no Brasil, graças as estratégias implementadas pelo governo federal, como ações para diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, ampliação das taxas de aleitamento materno exclusivo (IBGE, 2010).

A prematuridade e o peso ao nascer são considerados dois dos principais fatores a determinar a probabilidade de sobreviver ao período neonatal e mesmo a todo restante do primeiro ano de vida.

O baixo peso ao nascer (BPN), definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como peso de nascimento inferior a 2.500. Segundo Carazzai (2011), na contramão da melhoria dos indicadores de saúde de recém-nascidos, o número de bebês com baixo peso ao nascer vem aumentando no Brasil nos últimos anos. Dados

preliminares do Ministério da Saúde mostram que, no ano de 2010, o índice de bebês nascidos com menos de 2,500 kg foi de 8,4%.

A taxa de mortalidade de menores de um ano para o município de João Pessoa, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 8,6 a cada 1.000 crianças menores de um ano (BRASIL, 2012). Uma pesquisa realizada por Rojas *et al.* (2013) na cidade de São José -Santa Catarina, os óbitos de RN representam 37% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos, das quais 75% ocorrem na primeira semana de vida, sendo prematuridade e baixo peso as principais causas 29%.

As estimativas globais indicam que o baixo peso ao nascer afeta substancialmente a incidência as afecções perinatais, consideradas uma das principais causas de doença infantil. É considerado o fator isolado de maior impacto sobre a morbidade e a mortalidade neonatal infantil, com maior repercussões sobre o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, com maior probabilidade de várias doenças na vida adulta, entre elas, doenças cardíacas, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2, e obesidade (KRAMER, M. S. 2010).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constataam que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade (mais frequente no primeiro filho). Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. 2009).

Vários estudos sugerem que os prematuros têm maior risco de comprometimento do neurodesenvolvimento a longo-prazo, relacionando-se, provavelmente, com a imaturidade cerebral destes associadas à sua co-morbilidade (PETRINI, *et al.* 2009). Recém-nascido pré-termo tardio (RNPT) têm maiores taxas de mortalidade relativamente aos bebês nascidos a termo (TOMASHEK, *et al.* 2007).

Para enfrentar o desafio da redução da mortalidade infantil e de seus componentes, o Sistema de Informação é uma importante ferramenta para detecção dos fatores de risco. A disponibilidade de dados socioeconômicos e de saúde, desagregados por distrito sanitário, é essencial para identificação de áreas de risco e de grupos populacionais para os quais devem ser priorizados cuidados de saúde.

As possibilidades de utilização dos Sistemas de Informação em Saúde em estudos epidemiológicos, em particular estudos sobre a mortalidade infantil, dependem, em grande medida, do grau de cobertura de dois Sistemas: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), na área do estudo, bem como da qualidade dos dados registrados (SOARES;MENEZES, 2010).

Além disso, possibilita a realização de investigação sobre os fatores que contribuem de forma acentuada para o recém-nascido vivo ao nascer prematuro e baixo peso.

Assim, os objetivos são estimar a proporção de baixo peso ao nascer e verificar os fatores de risco associados à prematuridade e o BPN.

1.1 BAIXO PESO AO NASCER

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a média de peso esperado para recém-nascido a termo, que se desenvolvem em condições ótimas de crescimento fetal, oscila entre 3400 e 3500 g.

Para Moraes (2007) Existem dois principais mecanismos que levam ao baixo peso: a prematuridade (tempo gestacional inferior a 37 semanas) e o crescimento intra-uterino restrito (RCIU). Este último é reconhecido como desnutrição fetal, ocorrendo quando a criança nasce com peso abaixo do valor limite para a sua idade gestacional, sendo que a maior parte encontra-se as infecções, a desnutrição materna e, dessas crianças é nascida a termo. Entre as principais associados BPN é pouca idade gestacional, gravidez múltipla, alta paridade e doenças, como a pré-eclâmpsia, tabagismo, diabetes, doença materna como lúpus, cardiopatias com comprometimento da função cardíaca. Mães com privações socioeconômicas, frequentemente, têm crianças com BPN. Nessas condições, as crianças de BPN de mães mal nutridas e sem longo período de tempo, incluindo o período da gravidez, podem apresentar alta prevalência de infecções específicas e não-específicas ou de complicações na gravidez justificada pela pobreza. Exigências físicas no trabalho durante a gestação também contribui para o pobre crescimento fetal (UNICEF, 2011).

O nascimento de criança de BPN constitui um dos grandes desafios aos serviços de saúde pública. Uma das principais causas de mortalidade infantil se deve ao alto

índice de recém-nascidos com baixo peso, apontando uma estatística preocupante em âmbito mundial. Vinte milhões de crianças em todo mundo nascem com baixo peso e, a grande maioria, em torno de 95%, em países em desenvolvimento, 70% só na Ásia, encontram-se na Índia 8,3 milhões de crianças com peso de nascimento menor que 2.500g. A incidência do BPN varia entre as várias regiões do mundo, registrando-se 14% na África, 18% na Ásia, 10% na América Latina e Caribe, 11% na Oceania, 8% na América do Norte e as taxas mais baixas na Europa 6% (UNITEDNATIONS CHILDREN'S FUND, 2004).

Há proporção de BPN varia de 4% a 6% nos países do Ocidente como Suécia, França, Estados Unidos e Canadá (UNICEF, 2006). Na América Latina, a taxa global varia de acordo com a região geográfica. A Organização Pan América de saúde estima que a proporção global seja 8,27 na América do Sul e México e varie de 6% no Peru a 10% na Bolívia e Venezuela. Na América Central, a proporção global é de 11,2%, variando de 6% em Belize e El Salvador para 15% na Nicarágua (CASTILLO-SALGADO, 2000).

No Brasil, o BPN apresenta seus maiores percentuais nas regiões de melhor situação socioeconômica, fenômeno denominado paradoxo do baixo peso ao nascer. Nas áreas menos desenvolvidas do país, a atenção inadequada e a precariedade de acesso à tecnologia perinatal traz como consequência muitos nascidos vivos pré-termos que morrem logo após o parto que provavelmente são registrados de forma incorreta ou simplesmente não o são, o que pode contribuir para a redução das proporções de prematuridade nestes locais.

No estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2012 houve 138.786 crianças nascidas vivas, deste total 11% estavam com baixo peso ao nascer. Crianças com BPN são identificadas em duas categorias: Muito baixo peso ao nascer (MBPN), com menos de 1.500g; e BPN, menos de 2.500g. Na região do Vale dos Sinos foram registrados 18.656 nascidos vivos no ano 2012, esse número corresponde a 13% do total de nascidos vivos do estado no período. Entre os nascidos, 1.871 crianças estavam com BPN, sendo 10% do total de nascidos vivos no município. Na categoria MBPN, 271 crianças estavam com menos de 1500g, representando 14% dos nascidos com baixo peso no estado. Já na categoria MBPN, 271 crianças estavam com menos de 1500g, representando 14% dos nascidos vivos com baixo peso no estado. Já na categoria BPN 1.600 crianças estavam com menos de 2500g, ou seja, 125 dos nascidos com baixo peso no Rio Grande do Sul. (MELO; UCHIMURA, 2011) (ALVES, 2010).

Um dos fatores que pode influenciar o BPN é o número de consultas de pré-natal. Um estudo realizado por (Figueiredo, *et al.*, 2010) detectaram que das gestantes cujos RN pertenciam ao grupo muito baixo peso ao nascer (MBPN) (peso < 1.500g e em 42,0% (68/162) das gestantes cujos o RN pertenciam ao grupo BPN (peso >1.500g e <2.500 g). Entre as gestantes com número ≤ 4 consultas de pré-natal, 50 não realizaram acompanhamento, sendo que o grupo MBPN (peso < 1.500g) totalizou 18/37 (48,6%) gestante e o BPN (peso ≥ 1.500 e <2.500g), 32/68 (47,1%) Apesar de não encontrarmos associação significativa entre o menor número de consultas pré-natais e o MBPN, estudos mostram que o número insuficiente de consultas de pré-natal está diretamente relacionado ao baixo peso ao nascer. Todavia, o número reduzido de consultas de pré-natal pode ser reflexo da dificuldade de acesso, relacionado a aspectos pessoais, sociais e econômicos, ou da má-qualidade nos serviços.

Gomez (2008) encontrou como fatores associados ao baixo peso ao nascer em seu estudo: baixa escolaridade, adolescência materna. Outro estudo identificou que mulheres que realizaram o número de consulta no pré-natal menor que seis consultas tiveram a maior chance de terem filhos com baixo peso ao nascer Antônio (2009). Em estudo realizado por Zhang (2011) com 129 neonatos, identificou que duas variáveis estava associadas ao nascimento de baixo peso no seu estudo o tabagismo, (11,91%) e a presença de doenças gestacionais (125,44%).

1.2 PREMATURIDADE

A prematuridade inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completa de gestação (< 259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. Prematuridade é subdividida de acordo com a duração da gestação: bebês que nascem entre 24 e 36 semanas incompletas são pré-termos tardios; entre 30 e 33 semanas incompletas são prematuros moderados; menos de 30 semanas incompletas são prematuros extremos (DEUTSCH,2013).

A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidado de maior nível de complexidade, especialmente em relação ao neonato (RAMOS; CUMAN,2009).

O autor acima citado relata que a prematuridade, especialmente no caso de ser extrema, é a causa principal dos problemas e inclusive da morte após o parto. Alguns dos órgãos internos do bebê podem não ter se desenvolvido completamente, o que o expõe a um risco maior de sofrer determinadas doenças, como é o caso da doença de membrana hialina, da hemorragia intracraniana, da retinopatia da prematuridade e das infecções.

Apesar dos avanços tecnológico e científico, a prematuridade, ainda hoje é um grande problema na Obstetrícia e na Neonatologia. Dados de 2013 segundo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) a prevalência de partos de crianças prematuras é de exatamente 11,7% em relação a todos os partos realizados no país. Esse percentual coloca o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8%. Nos países de renda média, o percentual é de 9,4%, segundo o “Born tooSoon”, divulgado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, (2012) (DIAS,2013).

Há um crescimento de partos prematuros no Brasil, ao contrário do que se poderia esperar, já que o país vem reduzindo as suas taxas de mortalidade. O Sistema de Informação Nascido Vivos (SINASC), apontava um discreto aumento no percentual de prematuridade, de 6,8% para 7,2% entre 2000 e 2010. Entretanto, o atual estudo corrige o valor de 2010 para 11,7%. A OMS, em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras – abaixo de 37 semanas de gestação. Atualmente, a taxa brasileira de mortalidade de crianças abaixo de 1 ano é de 16/1000 nascidos vivos, segundo a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA). (BRASIL, 2011).

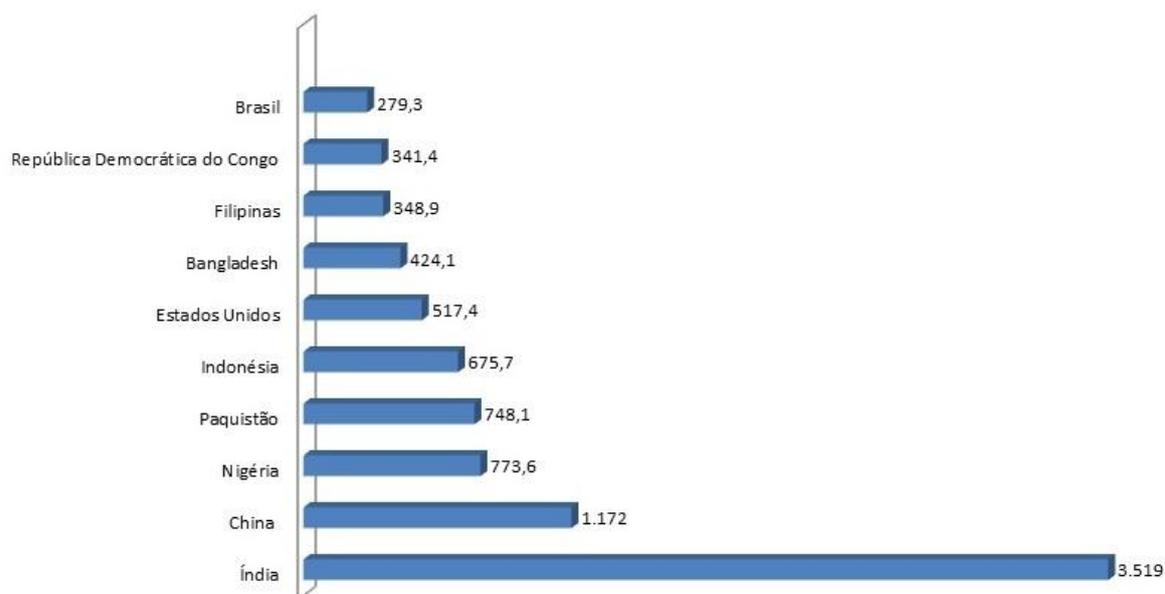
Cerca de 70% das mortes acontecem nos primeiros 28 dias de nascimento. No Sul e Sudeste: os maiores percentuais paradoxalmente, as regiões mais desenvolvidas são as que apresentam os maiores percentuais de prematuridade (12% e 12,5%, respectivamente), seguidos pela Região Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%). Um fator que chama atenção no estudo é como a cor da pele e etnia influenciam na prevalência da prematuridade. As mulheres indígenas apresentam o maior percentual, de 8,1%. As mulheres de pele branca respondem pelo percentual de 7,8%, seguida pelas mulheres de pele negra (7,7%), parda (7,1%) e amarela (6,3%). A maior prevalência nesse quesito foi encontrada entre as gestantes abaixo dos 15 anos de idade, respondendo com uma prevalência de 10,8% contra a menor taxa encontrada, 6,7%, entre as mulheres na faixa dos 20 aos 34 anos (DIAS, 2013).

Todos os anos, aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuramente em todo o mundo, mais do que um em cada dez. Esse dado faz parte do estudo Born

Too Soon (Nascidos Muito Cedo), realizado pela OMS(2011), que analisou o número de crianças prematuras país a país. A OMS apontou que mais de um milhão desses bebês morrem por ano. O Brasil é o décimo país com mais partos antes do tempo normal de gestação, com 279.300 crianças nascidas nessa condição – 12.000 delas morrem por complicações em sua saúde (DEUTSCH; DORNAUS, 2013).

Essa é a segunda principal causa de mortes em crianças menores de 5 anos, só perdendo para a pneumonia. A taxa de partos prematuros e de mortes decorrentes do problema, é desigual no mundo. Nos países mais pobres, perto de 12% dos bebês nascem antes da hora, enquanto a taxa fica perto dos 9% nos países mais ricos. Na lista dos 10 países com a maior taxa de bebês prematuros, 8 deles fazem parte da África. Já quando considerado o número total de partos prematuros, os maiores países. Nos países mais ricos, esse crescimento está ligado ao fato de as mulheres serem mães cada vez mais tarde e de serem usados cada vez mais métodos de fertilização. Nos países mais pobres, as causas são as mais variadas, como infecções, malária, HIV e gravidez na adolescência. Nos países pobres, mais de 90% dos bebês extremamente prematuros morrem nos primeiros dias de vida, enquanto menos de 10% morrem nos países ricos (CHOWSON,2012).

Figura 1 - Distribuição da proporção de dez países com o maior número de bebês prematuros.

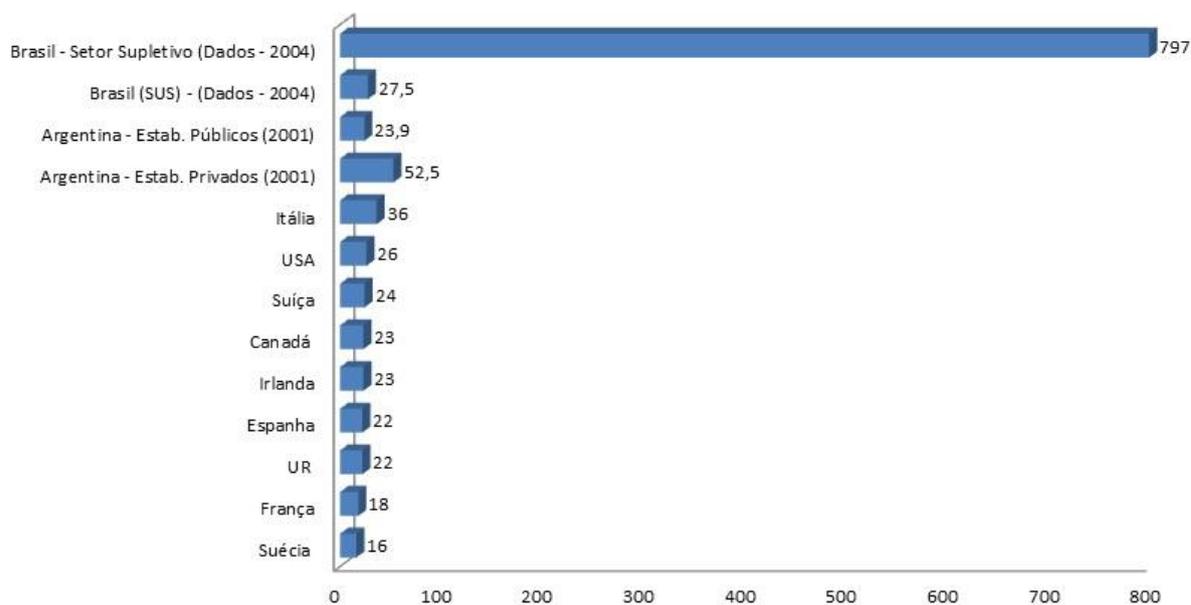


Fonte: Chowson (2012).

A alta taxa de cesariana é dos fatores associados ao aumento na incidência de prematuridade. O Brasil apresenta as mais altas taxas de cesarianas no mundo. Sua frequência aumentou de 37.8% de todos os partos em 2000 para 52.3% em 2010. A OMS recomenda que a taxa de cesariana não ultrapasse os 15%, e alerta que o excesso de cesarianas aumenta a mortalidade de mães e de crianças (BRASIL, 2011).

O que assusta é o alto índice de casos nos hospitais privados, em que as cesáreas são agendadas por conveniência. Para evitar a prematuridade iatrogênica, sugere-se que mesmo que seja programada uma cesárea desnecessária, a mãe espere entrar em trabalho de parto, pois esse seria um sinal de que o bebê está pronto para nascer. Os bebês que nascem antes da hora, dependendo da fase da gestação, podem sofrer com problemas relacionados à imaturidade do intestino, dos rins, do coração, do sistema de defesas do corpo e dos pulmões. Ou seja, esses órgãos não estavam totalmente formados, por isso eles precisam dos cuidados especiais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Figura 2 - Distribuição de proporção de Parto Cesáreo no Mundo. FONTE: ANS, 2008.



Em todo o mundo, verifica-se um grande aumento de nascimentos por via cirúrgica, o que é chamado por alguns de “epidemia de cesáreas”. O fenômeno refere-se ao descumprimento das recomendações da OMS, que preconiza com base em evidência científica que cerca de 15% dos partos necessitem de intervenção cirúrgica, sendo as outras 85% em média gestações de baixo risco que podem ser levadas a termo pelo

parto vaginal - comprovadamente mais seguro e menos invasivo, com menores taxas de morbidade para a mãe e o bebê. Diversos países têm taxas de cesariana muito acima dessa recomendação, incluindo o Brasil, onde mais de 50% dos partos totais ocorre por via cirúrgica e, na rede privada de hospitais, a taxa é de mais de 80% de cesarianas (MALALAS, J. 2014).

Para o representante do UNICEF no Brasil, Gary Stahl (2013), o estudo reforça a urgência de esclarecer a relação de causa e efeito entre baixa qualidade de assistência pré-natal e cesariana. “Isso contribuiria para reduzir a epidemia de cesáreo no Brasil e reverter o quadro de prematuridade.” Para ele, isso só poderá ser feito por uma ação articulada entre gestores e profissionais da saúde.

1.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

São instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que se propõe a coletar e a produzir informações sobre as ocorrências do nascimento, dados da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, permitindo conhecer o perfil dos nascidos vivos tais como peso ao nascer, condições de vitalidade, prematuridade, além da idade materna, distribuição espacial e temporais, entre outros (NICOLA et al.; 2010).

Tem como objetivo o fornecimento de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.

O país passou a ter uma fonte de Estatísticas sobre Nascidos Vivos, oficialmente, a partir da Lei nº 6.015/1973 (5), consubstanciada na publicação “Estatística do Registro civil”, da Fundação Instituto Brasileiro Geografia Estatística (IBGE) em 1974. Em janeiro de 1990, o Ministério da Saúde aprovou o Sistema de Informação de Nascido Vivo (SINASC) cuja implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todo território nacional, e já vem apresentando em muitos municípios, desde o ano de 1994, um número maior de registro do que o publicado pelo (IBGE) com base nos dados de cartório de registro civil (SILVA,2013).

Esse sistema é alimentado pela declaração de nascido vivo, documento oficial emitido pelo hospital e outras instituições de saúde que realizam partos, e nos Cartórios de Registro Civil, na presença de duas testemunhas, quando o nascimento ocorre em domicílio sem assistência de profissional de saúde (BRASIL, 2011). A emissão da

declaração de nascido vivo é considerada obrigatória no serviço de saúde em que ocorreu o parto.

A documentação do SINASC utiliza a definição de nascido vivo da OMS, que é clara quanto à descrição do evento a ser notificado e não leva em conta a viabilidade do recém-nascido. Trata-se de uma importante ferramenta de gestão por possuir variáveis que permitem formulação de indicadores epidemiológicos estratégicos para o planejamento das ações e tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. O documento básico que alimenta o SINASC é a Declaração de Nascido Vivo (DN) (BRASIL, 2004).

A DN é um documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos e considerado como documento hábil para fins do art. 51 de Lei nº 6.015/1973, para a lavratura da Certidão de Nascimento pelo Cartório de Registro Civil (Art. 11 da Portaria nº 116 MS/SVS/2009), e inciso IV do art. 10 da Lei nº 8.069/1990). (BRASIL, 2011).

O instrumento padronizado é impresso em sequências únicas, em conjunto de três vias auto-copiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS. O controle da numeração bem como a emissão e distribuição dos formulários para a Secretária de Saúde é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, pela sua Secretária de Vigilância em Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição dos formulários diretamente ou por meio de suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização do documento padrão em sua esfera de gerenciamento do sistema. As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo fornecimento e pelo controle da utilização dos formulários entregues às unidades notificadoras e notificadores que são responsáveis solidários pela série numérica recebida (BRASL, 2011).

A emissão da DN é da competência e responsabilidade dos profissionais de saúde, ou parteiras (reconhecidas e vinculadas às unidades de saúde) responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido, no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência (BRASIL, 2011).

Para o preenchimento da DN devem ser privilegiadas as informações prestadas pela puérpera, pelos profissionais de saúde presentes na sala de parto e as constantes nos documentos disponíveis, como prontuários e anotações pertinentes.

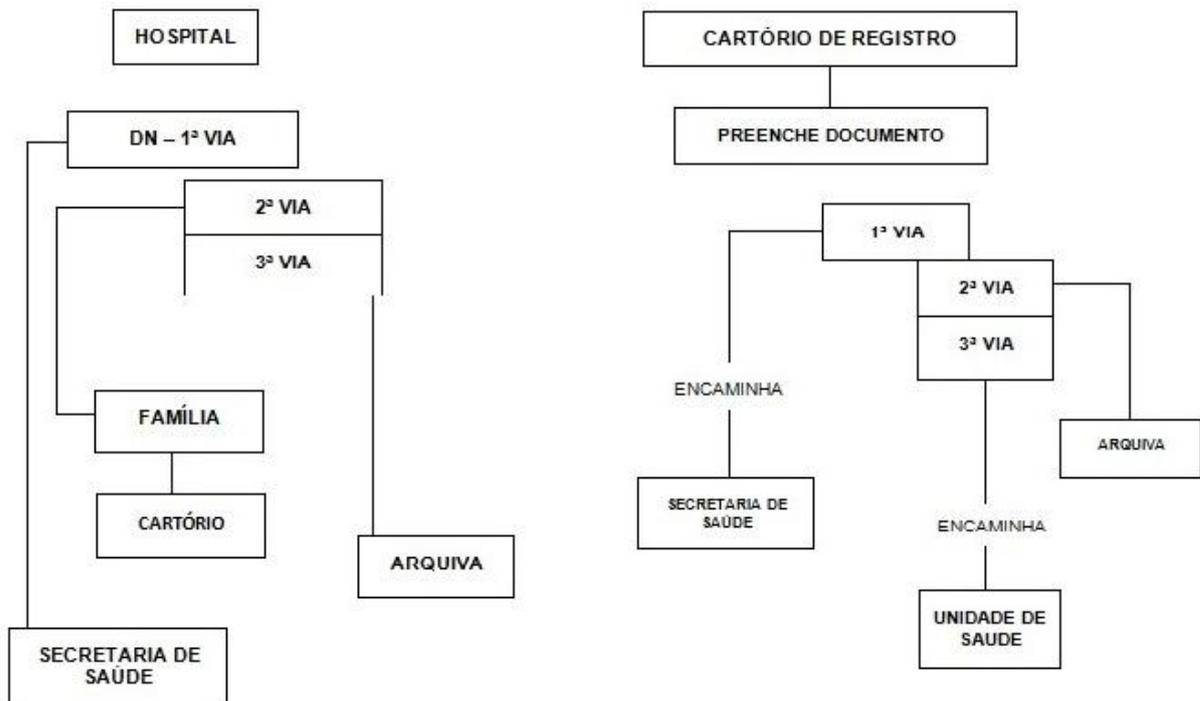
A definição de nascido vivo é estabelecida pela OMS (BRASIL, 2001) como:

Nascido Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical, e estando ou não desprendido da placenta (BRASIL, 2001).

O formulário de Declaração de Nascido Vivo é pré-numerados, impressos em três vias de cores diferentes (1ª via branca, 2ª via amarela e 3ª via rosa). É distribuído gratuitamente, pelo Ministério da Saúde, para as Secretárias Municipais de Saúde.

O fluxo recomendado pelo Ministério da Saúde para a DN está apresentado abaixo.

FIGURA 3 – Fluxograma.



Fonte: SVS/MS 2004.

A qualidade das informações contida na DN que chega ao SINASC depende de como se deu seu processamento na instância municipal e na estadual. A instância municipal, representada pelas Secretarias Municipais de Saúde, se constitui no primeiro elo dessa cadeia de procedimento. Essas secretárias que dispõem do sistema informatizado, ao receberem as declarações preenchidas pelas unidades notificadoras, fazem o processamento e remetem os arquivos para a instância estadual, que é responsável pelo encaminhamento, trimestralmente, ao Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), de todos os dados que já estiverem revisados e corrigidos, sob as formas usuais (disquete compactado, BBS ou Internet). Uma vez recebidos os dados, a Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde (CGAIS) faz uma revisão para consolidá-los e com o apoio técnico do DATASUS, é criada a Base Nacional de Nascimento Vivos, disponível para acesso público, pela Internet ou CDROM (BRASIL, 2001).

A DN tem passado por mudanças significativas que permitam uma melhor completude dos dados (ESCALATE, *et al.*; 2013).

O estudo realizado em todo estado brasileiro em 2002 apontou o SINASC como fonte potencial de informação epidemiológica dos nascimentos (CARNIEL, *et al.*; 2008). O sistema apresenta completude considerada boa a excelente e consistência da informação na maioria das variáveis analisadas, apesar de problemas de preenchimento.

Apesar de normativas elaboradas pelo ministério da saúde com a colaboração dos estados e municípios e das melhorias desde o seu nascimento, ainda assim, muitos dados foram subnotificados, fato este que despertou o interesse da comunidade científica em reavaliar melhor esse banco de dados.

1.4 PROBLEMÁTICA

A prematuridade e o baixo peso ao nascer, representam um dos epicentros da mortalidade infantil. Além de maior probabilidade de várias doenças na vida adulta (CAVALCANTE *et al.* 2012).

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Os avanços na área da atenção à gestante e ao conceito ainda não estão disponíveis de modo homogêneo para todas as regiões do país. A prematuridade e o baixo peso, desfechos adversos da gestação, são duas condições que podem ser evitadas. Entender como as condições relacionadas a estas características e, também, as relacionadas ao atendimento durante o período gestacional interferem na prevalência destes dois desfechos adversos da gestação é de fundamental importância. Acredita-se que o estudo possa esclarecer pontos importantes no processo de acompanhamento materno-infantil na atenção básica e hospitalar, no sentido de ampliar as percepções e as fragilidades no sistema de saúde local e nortear um processo de reorganização e mudança no serviço oferecido a população.

2 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de baixo peso ao nascer e de prematuridade e investigar seus fatores de risco nos nascidos vivos das cidades de Patos, Sousa e Cajazeiras município do Alto Sertão Paraibano.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de baixo peso ao nascer entre os nascidos a termo para o período todo e por ano de estudo;
- Estimar o efeito das características biodemográficas maternas sobre o peso de nascimento;
- Estimar a prevalência de prematuridade entre os nascidos vivos para todo o período estudado e para cada ano deste período;
- Estimar o efeito das características biodemográficas maternas sobre a idade gestacional.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de base individual, analítico, com abordagens transversal. Este tipo de estudo auxilia na determinação de prevalência, dos fatores de risco e frequência de casos de uma determinada doença. Segundo Bonita (2010), os estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades em saúde de uma população. A abordagem quantitativa na opinião de Richardson (2010) é caracterizada pelo emprego de quantificação na modalidade de coleta de informações. Prestes (2004) afirma que tem como finalidade observar, registrar, analisar e interpretar os fatores proporcionando uma visão geral acerca de determinado assunto.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três municípios paraibano: Patos, Sousa e Cajazeiras (Figura 4).

Figura 4 - Localização geográfica das cidades de Patos, Sousa e Cajazeiras.



Fonte: Google Earth, 2014.

A cidade de Patos está localizada na [microrregião de Patos](#), na mesorregião do [Sertão Paraibano](#), distante 307 km de [João Pessoa](#). De acordo com o Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística ([IBGE](#)), no ano de [2009](#) sua população era estimada em 100.732 habitantes, o índice de desenvolvimento humano (IDH 2009) é de 0,701, Patos é a 3ª cidade polo do estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica. Na área hospitalar disponha de uma maternidade com Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Um Hospital Infantil e um Hospital Regional de médio porte (Figura 5).

Figura 5 - Cidade de Patos.



Fontes: <http://www.com/imagens/search>. 2014.

Pertencente à [Mesorregião do Sertão Paraibano](#) e à [Microrregião de Sousa](#), a cidade de mesmo nome localiza-se a oeste da [capital do estado](#), distante desta cerca de 427 km. Ocupa uma área de 842,275 km², (IDH 2009) foi de 0,668 sendo o terceiro maior município do estado em extensão territorial. De toda a área, 3,0220 km² estão em [perímetro urbano](#). Sua população recenseada pelo (IBGE 2010) foi de 65 807 habitantes, sendo o [sexto mais populoso do estado](#), o primeiro de sua microrregião e o segundo de sua mesorregião com sede na cidade de Sousa - PB. É o principal pólo do Noroeste estadual, tal como o principal pólo de laticínios industrializados do oeste do estado e principal sítio zoo-arqueológico. Na Área hospitalar disponha de uma maternidade e um hospital público e dois privados, ambos de médio porte (Figura 6).

Figura 6 - Cidade de Sousa



Fonte: <http://www.com/agitoplay> .2014.

A cidade de Cajazeiras ocupa uma área de 565,899 km² e sua população, de acordo com o (IBGE 2010), é de 58 446 habitantes, IDH foi de 0,679, o que classifica como o sétimo maior município em população da Paraíba. Na área hospitalar disponha de uma maternidade e com dois hospitais públicos de médio porte.

Figura 7 - Cidade de Cajazeiras



Fonte: <http://www.com.bing.com/search>. 2014

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população da pesquisa foi composta por todos os nascidos vivos de gestações únicas de mães residentes nas cidades de Patos, Sousa e Cajazeiras, entre 1997 e 2011, que se encontram cadastradas no banco de dados do SINASC.

3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

Os dados foram obtidos a partir dos arquivos dos SINASC no período de 1997 a 2011, apresentados no site do DATASUS (BRASIL, 2011). Os arquivos foram compactados no download desses arquivos que se encontram forma e expandidos com auxílio da função “Arquivo/Comprime Expande. DBF” dos Tabwin. Os arquivos expandidos foram exportados para planilhas do Programa Excel e um banco de dados com as informações de interesse do estudo foi constituído com o auxílio do StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS). Foram selecionados registros de declarações de nascidos vivos nas cidades de Patos, Sousa e Cajazeiras. Esses dados secundários são de domínio público e estão disponíveis aos interessados sem necessidade de autorização de acesso aos mesmos.

A DN já passou por algumas mudanças desde a sua implantação, sempre visando aperfeiçoar a completude de suas informações. No período de estudo uma nova versão já estava em curso, e esta é composta por sete blocos contendo 41 variáveis, a seguir as orientações para o preenchimento (SÃO PAULO, 2008).

I - Cartório – com cinco variáveis

O preenchimento desse bloco é de responsabilidade exclusiva do cartório de registro civil.

II - Local de Ocorrência – com sete variáveis.

Local onde ocorreu o parto: hospital, outros estabelecimentos de saúde, domicílio.

III – Mãe, com 12 variáveis

Refere-se aos dados gerais da mãe e da história reprodutiva:

Nome da mãe: nome completo da mãe, sem abreviações ou rasuras.

Cartão do SUS: registrar o número do Cartão SUS da mãe.

Idade da mãe: colocar o número de anos completos da idade da mãe no momento do parto.

Estado civil da mãe: solteira, casada, separada judicialmente divorciada e viúva.

Escolaridade: o grau de escolaridade da mãe, que se refere ao número de anos de estudo concluídos: 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 e mais.

Ocupação Habitual e Ramo de Atividade: ocupação exercida habitualmente pela mãe (tipo de trabalho desenvolvimento até o momento do parto).

Número de filhos tidos em Gestações Anteriores: indicar com dois algarismos o número de filhos tidos anteriormente (vivos e mortos).

Residência da Mãe: endereço completo.

Gestação e parto, com quatro variáveis.

Duração de Gestação: menos de 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 26 semanas, 37 a 41 semanas, 42 semanas e mais.

Tipo de gravidez: única, dupla, tripla ou mais.

Tipo de parto: vaginal e cesáreo. Assinalar “ignorado” somente para casos de recém-nascido abandonado por mãe desconhecida. A alternativa vaginal abrange todos os partos por via baixa, incluindo fórceps e vácuo-extrator.

IV - Número de consulta de pré-natal: nenhuma, de 1 a 3, de 4 a 6, 7 e mais consultas. A informação pode ser obtida a partir da própria mãe, do médico ou por meio do cartão da gestante. Na impossibilidade de se obter a informação, marcar “ignorado”.

V – Recém-Nascido, com seis variáveis.

Nascimento: registrar, sem rasuras, nos espaços, a data do nascimento dia, mês e ano) e a hora precisa (com minutos) em que ocorreu o parto.

Sexo: masculino e feminino. A opção “ignorado” só será aceita nos casos em que houver presença de anomalia ou mal formação congênita compatível.

Índice de Apgar: anotar os valores do índice de Apgar, medidos no primeiro e no quinto minutos de vida.

Raça/Cor: branca, preta amarela, parda e indígena.

Peso ao nascer (em gramas): colocar o peso em gramas, utilizando as quatro janelas, sem rasuras. O peso pode ser tomado até a 5ª hora após o nascimento e ser incluído na

DN. Ao digitar no SINASC, o peso ignorado deverá ser deixado em branco.

Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?

Este campo apresenta as quadrículas de resposta: sim, não e ignorado. Na identificação de qualquer malformação e/ou anomalia cromossômica, preencher “sim” e, no item seguinte, registrar os efeitos congênitos diagnosticados e os códigos correspondentes, de acordo com a classificação Internacional de Doenças – CID-10.

VI – Identificação, com duas variáveis:

Este campo consiste na aposição da impressão digital da mãe (polegar direito) e da impressão plantar do recém-nascido (pé direito) – Artigo 10 da Lei 8.069, de 13/07/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente.

VII – Responsável pelo preenchimento, com cinco variáveis.

Refere-se à identificação do responsável pelo preenchimento da DN.

A nova versão da Declaração de Nascido Vivo sem vigor no período de análise difere da anterior em alguns campos:

Veio acrescida de um bloco a mais, e com mais de 11 variáveis, perfazendo assim um total de oito blocos com 52 variáveis, abrangendo dados estatísticos, sócios-demográficos e epidemiológicos (BRASIL, 2011).

Quanto as variáveis antigas, algumas passaram por mudanças na forma de coleta e são:

Idade da mãe era coletado por meio de uma pergunta direta sobre a idade da mãe, e preenchida pelo notificante em campo específico. Com o novo formulário passa a ser obtida com uma pergunta sobre a data de nascimento. Completude do campo idade da mãe e data de nascimento da mãe nos formulários novos.

Escolaridade da mãe – A escolaridade passou a ser coletada com perguntas sobre o nível (ciclos do ensino, divididos em sem escolaridade, ensino fundamental I, ensino fundamental II, nível médio, superior incompleto e superior incompleto).

Situação conjugal - A alteração foi a mudança do nome do campo, de estado civil para situação conjugal, devido ao fato de que a “união estável”, embora regulamentada como uma modalidade de contrato de união entre duas pessoas, não é considerada um “estado civil”.

Número de filhos tidos vivos - As perguntas passaram a ser feitas como parte de um bloco de perguntas sobre o histórico gestacional (nº de gestações anteriores, nº de partos vaginal em gestações anteriores, e nº de cesáreas em gestações anteriores). Deste modo, estas variáveis mantêm sua utilidade como fonte de dados para ajustar cálculos de fertilidade das mulheres, e complementa o bloco de monitoramento de cesáreas (ESCALANE; J. J. C.; LIRA, D. 2013).

Idade gestacional – Os novos formulários adotam a diferença entre a data da última menstruação e a data do parto (ou cesárea). Ao captar pela DUM, o sistema armazena a idade gestacional em semanas. Caso não seja conhecida a DUM, o formulário tem campo para a coleta da idade gestacional em semanas. Essa variável passa a ser contínua, antes era captada em intervalos, permitindo maior precisão na coleta desse dado.

Número de consultas de pré-natal – Passa a ser informado o número de consultas de pré-natal informando em números exatos. No formulário antigo era de intervalos de número de consultas de pré-natal.

Figura 8 - Reprodução do formulário de Declaração de Nascido Vivo Antigo.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Nascido Vivo Nº _____

I	Cadastr	<p>1) Cartório _____ Código _____ 2) Registro _____ 3) Data _____</p> <p>4) Município _____ 5) UF _____</p>
II	Local de Ocorrência	<p>6) Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outro estabelecimento de saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado</p> <p>7) Estabelecimento _____ Código _____</p> <p>8) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento da residência da mãe (Rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____ 9) CEP _____</p> <p>10) Bairro/distrito _____ Código _____ 11) Município de ocorrência _____ Código _____ 12) UF _____</p>
III	Mãe	<p>13) Nome da mãe _____ 14) RIG _____</p> <p>15) Idade (anos) _____ 16) Estado civil: <input type="checkbox"/> 1 - Solteira <input type="checkbox"/> 2 - Casada <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Separada judicialmente <input type="checkbox"/> 5 - União consensual <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado</p> <p>17) Escolaridade (Forma de estudo concluída): <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado</p> <p>18) Ocupação habitual e ramo de atividade _____ Código _____</p> <p>19) Número de filhos vivos em gestações anteriores (verificar se ignorados) nascidos vivos: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 </p>

Figura 9 - Reprodução do formulário de Declaração de Nascido Vivo Atual


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
 P.V.A. - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

I - Mãe

Nome do Responsável: _____

Data e Hora do nascimento: Data: _____ Hora: _____ Sexo: M. Masculino F. Feminino I. Ignorado

Peso do recém-nascido: _____ kg 100g 10g 100mg 1000g 10000g 100000g 1000000g

Índice do Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Deficiência orgânica anômala congênita (DOA): Sim Não Ignorado

Local de ocorrência: Hospital Domicílio Outros: _____ Ignorado

Estabelecimento: _____ Código (CID): _____

Endereço da ocorrência, na hora do nascimento ou da residência da Mãe (rua, praça, avenida, etc): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____

II - Mãe

Nome da Mãe: _____ Cartão SAS: _____

Escolaridade (último nível concluído): Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª série) Fundamental II (5ª a 8ª série) Médio (ciclo 2º grau) Superior incompleto Superior completo

Sexo: Ignorado _____

Ocupação (MORF): _____ Código (CBO 2002): _____

Data nascimento da Mãe: _____ Idade (anos): _____ Maternidade da Mãe: _____

Situação conjugal: Casada Solteira Viúva Separada Outros

Raça / Cor da Mãe: Branca Preta Amarela Parda Indígena

Residência da Mãe: Urbano Rural

Residência da Mãe: _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município: _____ Código: _____ UF: _____

IV - Pai

Nome do Pai: _____ Estado do Pai: _____

V - Gestação e parto

Gestões anteriores: História gestacional

• Nº gestações anteriores: _____ • Nº de partos anteriores: _____ • Nº de cesáreas: _____ • Nº de nascidos vivos: _____ • Nº de perdas fetais / abortos: _____

Gestação atual: Útero

Data da última Menstruação (DUM): _____

Nº de semanas de gestação, se OADR ignorado: _____

Método utilizado para estimar: Última Menstruação Último Ultrassom Ignorado

Método de avaliação da gestação: Sim Não Ignorado

Método de avaliação do parto: Sim Não Ignorado

Tipo de gravidez: Única Dupla Tripla Quadrupla Ignorado

Parto: Sim Não Ignorado

O trabalho de parto foi induzido? Sim Não Ignorado

Tipo de parto: Vaginal Cesárea Outros

Exatidão do tempo de trabalho de parto (DUM): Sim Não Ignorado

Suporte vital do recém-nascido: Sim Não Ignorado

Suporte respiratório do recém-nascido: Sim Não Ignorado

VI - Anomalias congênicas observadas

Descrever todas as anomalias congênicas observadas: _____

VII - Prescrição

Data de prescrição: _____ Nome do responsável pelo prescrevimento: _____

Função: Médico Enfermeiro Fono Fono Cardiol Outra (especificar): _____

Tipo documento: Cartão CDR CDRS CDRS CDRS CDRS

Nº de documento: _____ Órgão emissor: _____

VIII - Cidade

Cidade: _____ Código: _____ Bairro: _____ Estado: _____

Município: _____ UF: _____

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Modelo 01/01 - 2ª impressão: 9/2010

Fonte: Manual de preenchimento da declaração de nascido vivo. FEV/ 2011.

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.5.1 Variáveis Dependentes

A variável dependente é também conhecida como variável resposta, ou seja, é a variável do desfecho de interesse. Neste estudo, temos como variável dependente o peso do RN e prematuridade.

3.5.2 Variáveis Independentes

Foram classificadas em três subconjuntos: sócio-demográficas (idade, situação conjugal e grau de instrução da mãe); relacionadas à gestação e ao parto (número de consultas de pré-natal, idade gestacional, tipo de gravidez e de parto) ; relacionadas ao recém-nascido (sexo e peso ao nascer).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis. As variáveis explicativas no modelo univariados que apresentaram significância estudada estimadas as prevalências dos desfechos BPN e prematuridade por ano.

Para verificar a associação entre baixo peso e prematuridade com as variáveis explicativas foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher (CALLEGARI-JACQUES, S. M. 2003).

Para se avaliar fatores de risco foi utilizado o modelo de regressão logística univariado e múltiplo. Todas as variáveis independentes que apresentaram nível de significância estatística abaixo de 0,2 foram incluídas no modelo múltiplo específico para cada desfecho.

O nível de significância adotado para confirmar associações e para identificar fatores de risco para prematuridade e baixo peso, tanto nos modelos logísticos univariados quanto nos modelos múltiplos foi de 5%.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

O número de nascidos vivos de mães residentes dos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras no período, de 1997 a 2011 foi 51.830. Destes 3.124 (6,03%) foram recém-nascidos com baixo peso.

Com relação à prematuridade observou-se o número de 2.079 (4,01%) no período estudado.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos casos de baixo peso ao nascer adequado de acordo com as características maternas idade, estado civil e escolaridade.

Tabela 1. Distribuição de frequência absoluta e relativa de características sociais maternas por peso de nascidos vivos de gestações únicas de mães residentes nos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras, entre 1997 e 2011.

Variáveis	Baixo Peso		P
	N (%)		
	Sim	Não	
Idade Materna (anos)			0,001
20 a 35	2036 (5,5)	34927 (94,5)	
< 20	884(7,4)	11061(92,6)	
>= 36	204(7,0)	2718(93,0)	
Estado Civil			0,001
União Estável	1284(5,5)	22035(94,5)	
Solteira	1519(6,9)	20349(93,1)	
Viúva/Separa Judicialmente	23(7,3)	293(92,7)	
Escolaridade			0,013
Sem Escolaridade	360 (5,7)	5975 (94,3)	
Fundamental	611 (6,6%)	8591 (93,4)	
Médio	1006 (6,3)	14972 (93,7)	
Superior	997 (5,8)	16247 (94,2)	

*Teste qui-quadrado de Pearso

Considerando a idade materna, observou-se uma predominância de mães com faixa etária de 20 a 35 anos, tanto no grupo de recém-nascidos com baixo peso, quanto no grupo com peso normal. O menor percentual em ambos os grupos foi o de mães com mais de 36 anos. Observou-se associação entre mães com idade de 20 a 35 anos e ter um filho com peso igual ou maior que 2500g.

Em relação à distribuição de baixo peso ao nascer em função do estado civil da mãe, houve associação entre união estável materna e peso de nascimento normal.

Quanto à escolaridade, houve uma associação entre peso adequado e escolaridade materna superior.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos casos de baixo peso ao nascer e peso adequado de acordo com o tipo de parto, número de consultas de pré-natal e sexo do recém-nascido.

Tabela 2. Distribuição de frequência absoluta e relativa dos casos de baixo peso em função do tipo de parto, número de consultas de pré-natal e sexo do recém-nascido, de nascido vivos de mães residentes nos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras, entre 1997 e 2011.

Variáveis	BAIXO PESO AO NASCER		p*
	Nº (%)		
	Sim	Não	
Tipo de parto			0,001
VAGINAL	1882(6,9)	25579(93,1)	
CESÁRIO	1243(5,1)	23259 (94,9)	
Pré-natal (número de consultas)			0,001
>= 6	894(4,3)	19676(95,7)	
<6	2197(7,1)	28739(92,9)	
Sexo			0,001
MASCULINO	1425(5,3)	25310(94,7)	
FEMININO	1713(6,3)	23739(93,3)	

*Teste qui-quadrado de Pearson

A maior parte das mães teve o tipo de parto vaginal, tanto para o grupo de nascidos com baixo peso quanto para o grupo com peso adequado. Houve associação entre nascer com peso adequado e de parto vaginal.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, houve associação entre ter feito menos de seis consultas e nascer com peso adequado.

Em relação ao sexo, houve associação entre ser do sexo masculino e nascer de peso adequado.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos casos de prematuridade e gestação a termo de acordo com as características maternas idade, estado civil e escolaridade.

Tabela 3. Distribuição da frequência absoluta e relativa de prematuros de acordo com idade, estado civil e escolaridade maternas de nascidos vivos de mães residentes nos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras, entre 1997 e 2011.

Variáveis	PREMATURO		p*
	Nº (%)		
	Sim	Não	
Idade Materna (anos)			0,001
20 a 35	1385 (3,7)	35578(96,3)	
< 20	551 (4,6)	11394 (95,4)	
> = 36	143 (4,9)	2779 (95,1)	
Estado Civil			0,001
UNIÃO ESTÁVEL	895 (3,8)	22424 (96,2)	
SOLTEIRA	1020 (4,7)	20848 (96,3)	
VIÚVA/SEPARADA JUDICIALMENTE	23(7,3)	293(92,7)	
Escolaridade			0,001
SEM ESCOLARIDADE	150 (2,4)	6185 (97,6)	
FUNDAMENTAL	364 (4,0)	8838 (96,0)	
MÉDIO	651 (4,1)	15327 (95,9)	
SUPERIOR	856 (5,0)	16388 (95,0)	

*Teste qui-quadrado de Pearson

Em relação aos grupos de idade materna, houve associação entre pertencer à faixa etária de 20 a 35 anos e ter recém-nascido a termo.

Em relação ao estado civil da mãe, houve associação entre uma união estável recém-nascido a termo.

Para escolaridade materna, houve associação entre ter escolaridade de nível superior e recém-nascido a termo.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos casos de prematuridade e gestação a termo de acordo com o tipo de parto, número de consultas de pré-natal e sexo do recém-nascido.

Tabela 4. Distribuição de frequência absoluta e relativa de prematuridade em função do tipo de parto, número de consultas de pré-natal e sexo do recém-nascido vivo de mães residentes nos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras, entre 1997 e 2011.

Variáveis	PREMATURIDADE		p*
	Nº (%)		
	Sim	Não	
Tipo de parto			0,025
VAGINAL	1161(4,2)	26300(95,8)	
CESÁRIO	923(3,8)	2359 (9,2)	
Pré-natal			0,001
>= 6	550 (2,7)	20020 (97,3)	
< 6	1505 (4,9)	29431 (95,1)	
Sexo			0,001
MASCULINO	1087 (4,2)	25648 (95,9)	
FEMININO	1004 (3,9)	24448(96,1)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson

Assim como observado nas análises de baixo peso, houve associação entre nascer a termo e de parto vaginal, com menos de seis consultas de pré-natal e sexo masculino.

A Tabela 5 apresenta as razões de chances prevalentes dos fatores de risco investigados para o baixo peso ao nascer.

Tabela 5. Razões de chance prevalentes de baixo peso ao nascer para as variáveis relacionadas às características sociais maternas, à gestação e ao parto, nos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras, entre 1997 e 2011.

VARIÁVEL	BAIXO PESO AO NASCER			
	RC ¹	IC (95%)	RC ²	IC (95%)
Idade Materna				
20 a 35 anos	1		1	
< 20 anos	1,24	1,12 – 1,37	1,24	1,12 – 1,38
≥ 36 anos	1,32	1,11 – 1,58	1,20	0,99 – 1,44
Estado civil				
União estável	1		1	
Solteira	1,23	1,12 – 1,34	1,09	0,99 – 1,19
Viúva/Separada judicialm	1,97	1,28 – 3,02	0,97	0,57 – 1,64
Escolaridade				
Superior	1			
Sem escolaridade	0,46	0,39 – 0,56	1,25	1,03-1,53
Fundamental	0,79	0,70 – 0,89	1,18	1,04-1,33
Médio	0,81	0,73 – 0,90	1,10	0,99-1,23
Tipo de parto				
Vaginal	1		1	
Cesário	0,89	0,81 – 0,97	0,76	0,69 – 0,83
Pré-natal				
≥ 6	1		1	
< 6	1,86	1,68 – 2,06	1,37	1,24 – 1,50
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	1,03	0,94 – 1,13	1,43	1,30 – 1,56

RC¹: Razão de chance bruta (modelo univariado); RC²: razão de chance ajustada (modelo múltiplo com todas as covariáveis).

Com relação à idade materna, considerando o modelo univariado, observou-se que ser adolescente ou apresentar idade acima de 35 anos mostraram fatores de risco para o baixo peso ao nascer quando comparados à faixa etária de 20 a 35 anos. Entretanto, na presença das outras variáveis no modelo, apenas ter menos de 20 anos se manteve como fator de risco.

Ser mãe solteira ou viúva/separada judicialmente também se mostraram fatores de risco para baixo peso. No modelo múltiplo, esta associação não se manteve.

Em relação à escolaridade, nível fundamental e médio se mostraram fatores de risco para o baixo peso no modelo univariado, quando incluído no modelo múltiplo se mostraram fatores de risco.

Tanto no modelo univariado quanto no modelo múltiplo, parto cesáreo se mostrou fator de proteção para baixo peso ao nascer em relação ao parto vaginal.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, ter realizado menos de seis consultas mostrou fator de risco chance para o baixo peso. O mesmo ocorreu para o sexo feminino quando comparado ao masculino.

A Tabela 6 apresenta as razões de chances prevalentes dos fatores de risco investigados para prematuridade.

Tabela 6. Razões de chance prevalentes de prematuridade para as variáveis relacionadas às características sociais maternas, à gestação e ao parto, nos municípios de Patos, Sousa e Cajazeiras, entre 1997 e 2011.

VARIÁVEL	PREMATURIDADE			
	RC ¹	IC (95%)	RC ²	IC (95%)
Idade Materna				
20 a 35 anos	1		1	
< 20 anos	1,37	1,26– 1,49	1,25	1,12 – 1,39
≥ 36 anos	1,29	1,11 – 1,50	1,40	1,15– 1,69
Estado civil				
União estável	1		1	
Solteira	1,28	1,19– 1,38	1,21	1,10– 1,33
Viúva/Separada judicialn	1,35	0,88– 2,07	2,13	1,38– 3,30
Escolaridade				
Superior	1		1	
Sem escolaridade	0,70	0,56– 0,87	0,46	0,39– 0,55
Fundamental	0,64	0,56– 0,73	0,79	0,70– 0,89
Médio	0,66	0,59– 0,74	0,81	0,73– 0,90
Tipo de parto				
Vaginal	1		1	
Cesário	0,73	0,68– 0,78	0,85	0,77– 0,94
Pré-natal				
≥ 6	1		1	
< 6	1,68	1,55– 1,82	1,85	1,66– 2,06
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	1,68	1,55– 1,82	1,03	0,94, 1,12

C¹ : razão de chance bruta (modelo univariado); RC²: razão de chance ajustada (modelo múltiplo com todas as covariáveis).

Com relação à prematuridade, observou-se que ser adolescente ou apresentar idade acima de 35 anos se mostraram fatores de risco quando comparados à faixa etária de 20 a 35 anos. Este efeito se manteve no modelo múltiplo.

Ser mãe solteira ou viúva/separada judicialmente também se mostraram fatores de risco para prematuridade nos dois modelos utilizados.

Em relação à escolaridade, observa-se que nível fundamental e médio são fatores de proteção para prematuridade no modelo univariado e no modelo múltiplo.

Em relação ao tipo de parto e número de consultas de pré-natal, tanto no modelo univariado quanto no modelo múltiplo, parto cesáreo se mostrou fator de proteção para prematuridade enquanto menos de seis consultas se mostrou fator de risco para este desfecho adverso.

Sexo feminino não se mostrou fator de risco robusto para prematuridade.

5 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que o pré-natal inadequado, mãe solteira, sexo feminino, mãe sem escolaridade ou com ensino fundamental, e mães adolescente foram fatores de risco para o baixo peso ao nascer em quanto em relação a prematuridade encontramos como fatores de risco mães solteiras, viúvas ou separadas e pré-natal inadequado, mães adolescente e maternidade tardia. As informações que foram analisadas no decorrer do trabalho constam em dados oficiais do SINASC.

O presente estudo apresentou resultados consistente entre o desfecho do recém-nascido com baixo peso ao nascer e prematuridade nas das cidades de Patos, Sousa e Cajazeiras município do Alto Sertão Paraibano, entre 1997 a 2011. Foram utilizados modelos de regressão logística univariada e múltipla onde foram analisadas características sociais maternas.

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações com vistas a melhorar o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, identificando situações de risco, bem como, possibilitar o cálculo de indicadores como o percentual de partos cesarianas, faixa etária da mãe, entre outros. Sendo assim, também, os dados elaborados pelo SINASC são utilizados não apenas para análise epidemiológica, mas estatística e demográfica pelo IBGE.

Estudo sobre os fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento no município de campinas, Antônio,*et al.* (2009) comprovaram boa informações do SINASC para o baixo peso ao nascer seguintes variáveis: sexo, mulheres primíparas, parto vaginal, menos de seis consultas. Foram menos confiáveis; estado civil, idade materna, ocupação. O resultado na presente pesquisa foi discordante para Santos,*et al.* (2014) onde avalia a confiabilidade do SINASC no município de feira de Santana, demonstraram que para a variável analisada estado civil é confiável para obter mais informações excelente.

Pedraza (2012) analisou a qualidade do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos onde houve melhoria na qualidade das informações fornecidas através do SINASC implica na necessidade de aumentar as atividades de supervisão e controle de qualidade da coleta e processamento de dados, redefinindo as variáveis com problemas metodológicos e incentivando os profissionais encarregados pelo completo e correto preenchimento.

Não obstante sua importância para o sistema de saúde nacional, é necessário afirmar que ainda ocorrem algumas falhas nas informações repassadas para o DATASUS, pois, o SINASC é emissão obrigatória uma vez que os referidos dados são inicialmente anotados nos hospitais, e outras instituições de saúde nos quais são realizados partos, algumas falhas ocorrem como falta de conscientização e de treinamento do pessoal responsável pelo preenchimento seja do formulário da DNV, equipe técnicas dos setores envolvidos na coleta, processamento e divulgações das informações, seja na esfera municipal estadual e federal. Todavia, essas ocorrências não diminuem a relevância desse sistema.

5.1 BAIXO PESO AO NASCER

O elevado número de neonatos de baixo peso ao nascimento com peso inferior a 2.500g constitui um importante problema de saúde pública e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal. Além disso, tem graves consequências médicas e sociais (BRASIL, 2011).

As taxas de baixo peso ao nascer tem permanecido ao redor de 8% desde 2000, apresentando discreta tendência ascendente. As regiões com maiores prevalências são o sudeste e o sul, com as menores taxas no norte e nordeste. A prevalência de BPN aumentou de 7,7% para 8,4% no período de 2000 A 2011 (um aumento relativo de 8.4%) sendo o aumento especialmente marcado para crianças abaixo de 1000 g (aumento relativo de 43%) onde a prevalência é mais elevada nas regiões mais desenvolvidas do país, em comparação com aquelas de menor desenvolvimento(VICTORA, C. G. 2013). Entretanto, observa-se uma certa tendência de redução nas diferenças regionais ao longo do tempo.

A prevalência de BPN no estudo do resultado foi uma taxa menor do que apresentado no estado de Goiás (9,2%) tais achados foram semelhantes na literatura, pois reflete as condições de vida da mulher bem como a qualidade ao estudo Fonseca,*et al.* (2010) e Aquino-Cunha, *et al.* (2002). Na área de saúde pública, o peso de nascimento pode ser considerado um importante indicador da assistência recebida durante a gravidez.

5.1.1 Idade Materna

O presente estudo, apresentou resultado consistente entre o BPN peso ao nascer e idade materna. Devido à precoce idade materna ter sido um fator relevante na influência sobre o baixo peso ao nascer, apesar de muitos autores variarem as idades de referência para este fator (<19 anos, <18 anos, <29 anos). Muitos deles demonstram em seus estudos um impacto negativo para o BPN e idade gestacional em função dessa associação (GUIRADO, N. M.; LABRADOR, C.P.; BROOKS, G. S. 2009) (DOMÍNGUEZ, P. L.; CABRERA, P. A. 2006) (GOMEZ *et al.* 2006).

A taxa de fecundidade da faixa etária < 20 anos, segundo os mesmo estudo, nos 12 anos, foi de, aproximadamente, 6,03%. Na população em estudo verificou-se uma incidência de gravidez precoce de 4,6% que revela a importância desta faixa etária no BPN, estando em concordância com a literatura (BARFIELD; LEE, 2011; SHAPIRO-MENDOZA, *et al.* (2008); BRASIL, (2011). No presente estudo a prevalência é bastante inferior aqueles percentuais encontrados em estudos realizados com outras amostras de mães adolescentes das regiões Sul e Sudeste, que variaram de 9,5% a 19,7% (SIQUEIRA *et al.* 2002).

No que diz respeito à relação existente entre as variáveis idade materna e RNBP. Nascimento & Gotlieb (2001) realizaram um estudo envolvendo 165 recém-nascidos com peso abaixo de 2500g e observaram que a idade materna é considerada fator de risco quando igual ou menor do que 19 anos ou igual ou maior do que 35 anos. Comino *et al.* (2012) demonstraram que às mães adolescentes, elas são mais vulneráveis às desigualdades socioeconômicas e os conflitos familiares, que predispõem ao tabagismo e ao início tardio do pré-natal, que aliados à imaturidade física influencia de modo decisivo o desfecho da gravidez, com risco maior para BPN.

Neves (2011) em estudo analisado sobre a gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer na cidade de Fortaleza, CE entrevistaram mães nas primeiras vinte e quatro horas após parto e analisaram os registros de nascimentos do recém-nascido ao nascer, não encontrou risco para o baixo peso ao nascer entre as mães < 20 anos, quando comparado ao grupo de mães com idade > 35 anos na literatura mostrou no que aumenta a idade das mães com idade maior são fatores BPN e que a incidência de BPN é maior em mães adolescência (POLGLIANE *et al.* 2014).

O presente estudo a categoria de maior risco para BPN foi de mães com 35 cinco anos ou mais, de acordo com o estudo, como o de Maddah, *et al.* (2011) que relataram, a

maior probabilidade do surgimento de patologias ou intercorrências médicas associadas ao avanço da idade materna. Em vários estudos Andrade, C. S (2010) e Graner,*et al.* (2010) exploraram este estudo como significativo, pois só nas últimas décadas do século 20 houve aumento do número de mulheres que iniciaram seu ciclo gravídico-puerperal após os 35 anos.

O papel da mulher na sociedade, antigamente associado exclusivamente à sua função procriadora, modificou-se ao longo do século XX. No entanto, graças aos avanços no mercado de trabalho e às conquistas em direção à igualdade de direitos, cada vez mais mulheres tem focado em suas liberdades sociais e econômicas e deixado o papel de mãe para depois. Antes de tudo é preciso estabilidade, para então chegar a hora de assumir tal responsabilidade de engravidar. Isso faz com que as mulheres estejam tendo menos filhos, e quando engravidam o fazem cada vez mais tarde.

5.1.2 Estado Civil

Este estudo estado civil das mães, predominou as solteiras, no modelo univariado, constatou que solteira não influenciou BPN. Na análise do modelo múltiplo as mães solteiras associou ao fator de recém-nascido nascer com peso abaixo de 2.500, resultado semelhante ao do presente estudo foi encontrado pesquisa sobre prematuridade e baixo peso ao nascer e seus fatores de risco no município de João Pessoa, de 2001 a 2009.2013. Silva (2013), predominaram as solteiras, que influenciaram de forma negativa o peso de nascimento, com aumento da chance de ocorrência do BPN entre nascidos vivos de mães solteiras

Um estudo realizado por Monteiro, B. (2000) avaliou a tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo, detectaram que o risco relativo de baixo peso ao nascer aumentava para mães que viviam sem companheiro em relação às com companheiro. Para Minamisawa,*et al.* (2004) também encontraram em seu estudo realizado em Goiás, que mães não casadas apresentaram 1,23 vezes mais chance de baixo peso ao nascer que as casadas. A falta da figura paterna em geral pode trazer menor estabilidade financeira para a família, podendo se constituir em fator de risco para o BPN. A associação entre essa pode estar relacionada, entre outros motivos segundo Maia, *et al.* (2011) à presença do companheiro no domicílio, pois alguns trabalhos mostraram que a ausência do pai está associada à falta de adesão ao pré-natal.

Outros dois estudos relatam que o estado civil não influenciou diretamente o BPN (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2010; THEME FILHA, 2008).

5.1.3 Escolaridade

O Ministério da Saúde estabelece limite etário para escolaridade de ensino fundamental de 7 a 14 anos, e para o ensino médio, de 15 a 19 anos, no qual Melo (2013) obtendo estudo similar, afirma que a escolaridade materna e a renda familiar, em conjunto forma fatores associados em BPN.

Na presente pesquisa escolaridade materna, constatou que em relação aos fatores apresentados no modelo univariado não influenciou, de forma estatisticamente significativa, a ocorrência de ser analfabeta. Na análise múltipla, foi detectada associação estatisticamente significativa entre em ser analfabeta associada a fator de risco. Foi concordante o estudo Wilcox (2010) e Belizán; Campodónico (2008) referem que mulheres com poucos anos de estudo apresentam uma maior ocorrência de filhos com baixo peso ao nascer, assim como mulheres sem nenhum grau de instrução. Silva (2013), em estudo identificou que associação entre a baixa escolaridade materna e o BPN não foi estatisticamente significativa.

Em pesquisa realizada por Barbas (2009) avaliou a situação de determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, e identificou a associação entre baixa escolaridade esta relacionada com maior risco de o filho ao nascer com deficiência de peso. Diferentemente dos dados apresentados na literatura, essa revisão encontrou trabalhos em que mulheres com mais anos de estudo tiveram uma discreta prevalência de baixo peso ao nascer, porém não estatisticamente significativa (GUIMARÃES; VELASQUEZ, 2009; NASCIMENTO; GOTLIEB, 2009; MINAGAWA, *et al.* 2008).

Nascimento (2009) ressaltam que a variável instrução materna pode ser entendida como sócio-econômica e revela que um estrato mais privilegiado da comunidade, ou seja, aquelas mães que frequentaram a escola por mais de oito anos, têm na maior escolaridade um fator protetor para a ocorrência de RNBP. Diferentemente dos estudos apresentados na literatura, essa revisão encontrou trabalhos em que mulheres com mais anos de estudo tiveram uma discreta prevalência de baixo peso ao nascer, porém não estatisticamente significativa (MINAGAWA *et al.* 2008).

Quanto a gravidez na fase escolar demanda alto risco no BPN, sendo comum a desistência escolar ainda no período gestacional, quer por falta de motivação, por vergonha ou por impedimentos sociais e psicológicos.

5.1.4 Tipo de Parto

O Brasil apresenta provavelmente as mais altas taxas de cesarianas no mundo. Sua frequência aumentou de 38% de todos os partos em 2000 para 54% em 2011. As mais altas taxas são observadas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, e as mais baixas nas regiões Norte e Nordeste. Apesar de situado na região Norte, Rondônia apresenta as maiores taxas (64%) entre todas as unidades da federação, seguida de Goiás (61%) (VICTORIA, C. G. et al. 2013). A Organização Mundial da Saúde recomenda taxas não superiores a 15%, e o excesso de cesarianas aumenta a mortalidade de mães e de crianças.

De acordo com o resultado da pesquisa a realização de parto cesáreo mostrou efeito protetor para o BPN, resultado compatível com os de Serafim (2009) e Melo, Willian (2011). Um estudo com três coortes de nascimento de Pelotas mostrou aumento da taxa de parto cesáreo e 28% em 1982 para 43% em 2004 (BARROS, *et al.* 2005). Em vários países tem registrado um aumento de frequência de partos cesáreos, na Holanda com taxa de 7,4%, em 1990 para 13,5% em 2002, mantendo-se em 13%, 6 em 2004, na Alemanha 19,8%, em 1999, passando para 20,9% em 2000 e chegando a 25,9% em 2004, e na França em 1999, apresentava taxas de cesárea de 16,1%, passando a 18,8% em 2003 (PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. 2011).

Para Mariotoni e Barros Filho (2009) com o aumento do número de parto cesáreo nas últimas décadas, o número de partos antecipados teve aumento, o que desencadeou nascimentos prematuros e uma maior incidência de baixo peso ao nascer.

Em relação com os resultados do baixo peso e do peso normal do estudo, o parto vaginal foi predominante. Corroborando esse resultado, isso se deve à política de incentivo do Sistema Único de Saúde brasileiro em diminuir os partos operatórios. A fim de minimizar os custos para a saúde e otimizar a recuperação das mães (BRASIL, 2010). Assim, os partos vaginais se configuram como de melhor resultado, corroborando, desse modo, com as orientações do Ministério da Saúde.

Quanto ao tipo de parto no referido estudo observou-se que majoritariamente ocorrem partos vaginais e minoritariamente ocorrem partos cesáreos. Embora o parto vaginal tenha predominado, a incidência de cesárea ainda é elevada especialmente em se tratando de maternidade que atende gestantes de baixo risco.

5.1.5 Pré-natal

No Brasil o Programa no Pré-natal e Nascimento (PHON), instituído em junho de 2000, reorienta o modelo de assistência à saúde a gestante, e estabelece em seis o número mínimo de consultas de pré-natais, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre da gravidez (BRASIL, 2012).

O presente estudo, o baixo número de consultas de pré-natal foi o fator de risco mais relevante para o BPN. Os resultados encontrados na presente pesquisa são concordantes com diversos autores Trevisan,*et al.* (2009); Antônio (2009); Araújo (2007). Em estudo realizado por Kilsztajn,*et al.* (2003) comprovam a influencia positiva do número adequado de consultas de pré-natal sobre os desfecho da gestação, com a queda da prevalência de BPN e prematuridade de 14% para 4% quando se aumentou o número de consultas de pré-natal de 0 a três para sete ou mais consultas. E são discordante Carneiro,*et al.* (2012); Bakes, (2011); Sass (2011) certo que o numero elevado de consulta pré-natal não traduz necessariamente boa qualidade na assistência. O aumento apenas de consultas pode não ter um resultado favorável de forma direta (BARBAS, D. S.*et al.* 2009).

Carvalho (2007) realizaram um estudo sobre a atenção pré-natal de nascidos em duas maternidade da cidade do Recife- PE, entre as mulheres que realizaram o pré-natal a média de consultas foi de 5 a 3 consultas e apenas pouco mais de um terço das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram o número preconizado de consultas. Todavia, esses resultados são mais favoráveis do que os encontrados por Serruya*et al.*, (2004)cuja média de consultas foi de 4,4 em 2002 e o percentual de mulheres que realizou seis ou mais consultas foi de 20%.

O elevado número de neonatos de baixo peso ao nascer constitui um importante problema de saúde e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal. O atendimento tem sido foco prioritário do MS, já que a assistência da criança precede no seu nascimento e suas condições associadas. É no adequado acompanhamento pré-natal

que é possível identificar problemas e risco em tempo oportuno para a intervenção (BRASIL, 2011). O acompanhamento do pré-natal, com qualidade e de forma humanizada constitui uma rede articulada de assistência que pode corresponder às necessidades gestantes e RN (BRASIL, 2012).

Pesquisas confirmam que a assistência pré-natal está se tornando mais acessível nas diversas regiões do Brasil (BRASIL, 2009). Em seis anos, o número de consultas de pré-natal atingiu 19,4 milhões em 2009 – aumento de 125% em relação a 2003, quando foram registradas 8,6 milhões a cobertura atingiu todos os municípios do Brasil.

Por sua relevância, esse serviço deve ser alvo de avaliações periódicas com o intuito de garantir a acessibilidade e a qualidade da assistência tornando possível, dessa forma, uma oportuna atuação sobre os fatores associados ao BPN e outras condições indesejáveis.

5.1.6 Sexo do Recém-nascido

O presente estudo o sexo feminino foi fator de risco para o peso ao nascer. E está de acordo com vários estudos, como o de Carniel, Emília, *et al.* (2008) e o de Silva *et al.* (2008). Contudo há estudo que não encontraram essa associação, entre eles o realizado em hospitais de zona rural de Gambia (JAMMEH, A.; SUNDBY, J.; VANGEN, S. 2011).

5.2 PREMATURIDADE

Prematuridade podem resultar de trabalho de parto prematuro espontâneo ou de intervenção médica iniciada, por vezes, para reduzir os piores desfechos associados a condições fetais específicas (TEIXEIRA, 2011).

A associação entre desvantagens socioeconômicas e desfecho neonatais desfavoráveis vem sendo estudada há um longo tempo e sua presença persiste, inclusive em sociedade industrializada. Estudo ecológico, desenvolvido no Reino Unido com 9,490 nascidos de 22 a 32 semanas de gestação identificados entre janeiro de 1994 a dezembro de 2003, mostrou que a frequência de nascimentos nesta faixa de idade aumentava quando o nível socioeconômico era menos favorecido, ou seja, de 8,5 por 1.000 nascidos nas áreas mais favorecidas para 16,4 nas áreas menos favorecidas (SMITH, *et al.*, 2007).

5.2.1 Idade Materna

Este estudo encontrou associação entre gravidez precoce de adolescente e mães com idade materna tardia como fatores de risco para prematuridade. Melo, (2011), como o de Aragão (2010) em estudos com dados do estado do Maranhão, encontraram associações semelhantes ao presente estudo, observou significância estatística entre prematuridade e idade materna menor que 18 anos e maior a taxa de fecundidade da faixa etária 35-49 anos, segundo os mesmo estudo , nos doze anos, foi de, aproximadamente, 4,01%. Na população em estudo verificou-se uma incidência de gravidez tardias de 4,9%, o que revela a importância desta faixa etária na prematuridade tardia, estando em concordância com a literatura (MAIA, R. R. P. 2010) (FARIA, R. M. 2009).

O presente estudo identificou em não ter estudo foram frequentes, inclusive em adolescentes (4,7%), resultado preocupante, já que mulheres com vida reprodutiva precoce tendem a ter número maior de filhos e, conseqüentemente, estão expostas a mais risco nas gestações.

Para os autores Monteiro (2009) e Fonseca (2014) ser mãe jovem mostra-se associado ao aumento das taxas de partos prematuros espontâneo, ao passo de que ser mãe mais velha mostra-se associado ao aumento das taxas de RN ter nascidos prematuros de partos induzidos, com indicação na presença de complicações gestacional.

Outra publicação consultada averiguou que a maior frequência de prematuridade entre adolescentes não ocorre apenas em virtude do ponto de vista obstétrico, mas principalmente pelas conseqüências psicológicas e socioeconômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar (UCHIMURA, T. T. 2007).

Uma gravidez precoce está inter-relacionado com vários fatores de risco para os desfechos de BPN e prematuridade.

- Estado nutricional inadequado;
- Pré-natal inadequado (início tardio-2º e 3º trimestre);

- Uso de drogas;
- Infecções urinária;
- Ausência de assistência pré-natal;
- Tabagismo;
- Assistência familiar insuficiente.

Wilcox (2010) demonstraram proposta que “a hipótese de que o parto prematuros nas adolescentes poderia ser considerado uma forma de resposta adaptativa à imaturidade física dessas mulheres, visando assegurar melhor prognóstico a fetos menores. Petrini, *et al.* (2009) mostraram que a prematuridade entre gestantes em idade avançada pode estar associada a fatores como intercorrências clínicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia e infecção urinária) e obstétricas (ruptura prematura de membranas e placenta prévia). Os resultados evidenciados no estudo comprovaram a maior taxa de parto vaginal e menor de cesárea no grupo de adolescentes . Confirmando os relatos de que, as gestantes com idade mais avançada apresentaram taxas mais altas de partos cesáreas.

5.2.2 Estado Civil

Na presente pesquisa estado civil houve associação entre ser mães solteiras e viúva/separada e nascer antes de completar trinta sete semanas de gestação. Os resultados encontrados na presente pesquisa são concordantes, a proporção de mães solteiras, apresentou-se elevado ao comparar com estudo semelhantes realizado no município de Rio Grande do Sul- RS, que encontrou um aumento de mães solteiras. Alves, (2010) sugere que as mães solteiras podem encontrar dificuldade no processo de assistência à saúde da criança, pois a presença do companheiro designa fator de proteção. Outro estudo na literatura relata que o estado civil não influenciou diretamente na prematuridade (KILSZTAJN, *et al* 2000).

Em estudo de Londrina observou risco para mães que residem com seus companheiros há menos de dois anos Silva, *et al.* (2009) e outra pesquisa o consultado detectou resultado diferente, apontando as solteiras como mais vulneráveis ao nascimento de bebês prematuros . Para Ramos (2009) talvez isso ocorra em virtude da falta de um companheiro para dividir ou compartilhar as dificuldades e

responsabilidades dessa fase, o que pode levar a uma gestação mais estressante, desencadeando um parto antes do tempo.

5.2.3 Escolaridade

Nesta pesquisa escolaridade na análise do modelo univariado houve associação ausência de escolaridade e nível fundamental, influenciou de forma estatisticamente significativa, a ocorrência de prematuro. O que foi já descrito por autores Ramos; Cuman (2009) Teixeira (2011) neste assunto a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania. Ao contrário de estudo realizado por Silva, *et al.* (2009) em município Tubarão-SC, o nível fundamental completo não demonstrou ser fator de risco para o parto pré-termo e, inclusive, a média de escolaridade das gestantes a termo foi inferior à gestante que tiveram seus filhos pré-termo.

Quanto a escolaridade, a baixa escolaridade materna tem sido citada por inúmeros autores em diversas localidades como um fator de risco para o nascimento pré-termo (SILVA, E. B.L.N 2013); (ALGE, A. K. M. *et al.* 2009). Para Ramos (2014) quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez.

5.2.4 Tipo de Parto

O presente estudo quem predominou foi o parto vaginal. Pelo contrário em relação o parto cesáreo na cidade de Guarapuava, PR, quem predominou foi o parto cesáreo (CUMAN, R. K. N.; RAMOS, H. A.C. 2009).

Nesse estudo mostra que o parto vaginal teve sua maioria. Para Rodrigues *et al.* (2013) apesar dos vários mitos que o cercam, sua preferência é compensatória, seja pelo fato da recuperação rápida, risco reduzido de infecção entre outros fatores.

Brasil ocupou, pouco tempo atrás, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se por um lado a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto (FONSECA,*et al.* 2011).O estudo de Ramos (2009) essa distorção é determinada por múltiplos fatores, históricos, estruturas, conjunturas.

Os estudos obtidos em várias pesquisas indicam um percentual elevado de cesáreas, issoporque os partos prematuros já incidem em risco por si só, potencializados pelos fatores idade, escolaridade, condições socioeconômicas maternas e gemelaridade e, portanto têm indicação de intervenção cirúrgica.

Barros e Velez, (2006), com objetivo de estudar os nascimentos de RN prematuros na América Latina na base hospitalar com dados de 51 maternidades/hospitais de 16 países no período de 1985 a 2003 e cerca de 1,7 milhões de nascimentos foram analisados. As prevalências foram observadas a partir dos subtipos de nascimentos com prematuridade e partos espontâneos ocorrem em 60% dos casos. No entanto observou-se aumento considerável de prematuros resultantes de indução ou indicação de cesárea, com crescimento relativo da sua ocorrência de 62% no período, enquanto que o aumento para todos os tipos foi de 1,1%.

Um estudo foi realizado por Barros et al. (2005) sobre a relação e a tendência crescente das taxas de prematuridade , uma comparação de três coortes da cidade de Pelotas/RS (1982, 1993 e 2004) sugeriu que o aumento na prevalência de pré-termo nos últimos 20 anos seria consequente ao crescente número de partos antecipados, seja por indução ou por cesárea, somando a baixa a qualidade do cuidado pré-natal para controlar a infecções que levam ao rompimento prematuro das membranas.

5.2.5 Consulta pré-natal

Neste estudo, verificou que menos de seis consultas de pré-natal predomina mais chances de ter bebês prematuros.

Em estudo realizado com informações de Declarações de Nascidos Vivos tem sido abordado por diversões autores Arethuz,*et al.* (2011) e o Dias,*et al.* (2010) encontraram que a baixa frequência das adolescentes ao pré-natal conferiu uma chance aumentada de ocorrência de prematuridade, especialmente dentre as menores de 14

anos. Em outro estudo, realizado por Gama,*et al.*, (2009) no Rio de Janeiro com 3.508 puérparas adolescentes descrevem que a ocorrência de risco de bebê nascer prematuro foi maior nos filhos de mães adolescentes que realizaram pouca ou nenhuma assistência pré-natal. Discordando com os dados da pesquisa menos que seis consultas no pré-natal não influenciou a prematuridade (ROSA, C. Q. ; SILVEIRA; D. S. JUVENAL, S. D. C. 2014). O pré-natal apresentou-se como um dos principais indicadores de risco para a prematuridade em diversos estudos da literatura, como o de (SILVA,*et al.* 2009) (GUIRADO, N. M. ; LABRADOR, C. P. ; BROOKS, G. S. 2009) (JAMMEH, A.; SUNDBY, J. ; VANGENS, S.2011).

Para as adolescentes, muitas vezes, a dificuldade de contar o fato para a família ou até mesmo constatar a gravidez faz com que iniciem tardiamente o pré-natal, o que possibilita a ocorrência de complicações e aumento do risco de terem bebês prematuros.

Estudo comparativo mostram que as gestantes adolescentes, as mais jovens <16 anos, aderem ou frequentam menos a assistência pré-natal. Estes dados foram pesquisados por Monteiro (2009) com adolescentes primíparas de uma maternidade de Vitória - ES, sendo 164 gestações em adolescentes precoces <16 anos; 537 em adolescentes tardias 16 a 19 anos e 423 em adultas jovens 20 a 24 anos, foram encontrados que as adolescente, as precoces, apresentaram menores adesão frequência ao pré-natal e o iniciavam mais tardiamente 2º e 3º trimestres quando comparadas com as adultas jovens.

Uma pesquisa realizada no Vietnã encontrou proteção para nascimento pré-termo entre as mães que fizeram pelo menos uma consulta de pré-natal comparando-se as que não realizarão nenhuma (NGUYEN, N. ; SAVITZ, D.; TRORP, I. 2004). No Brasil, o estudo realizado por Victoria *et al.*, (2013) também mostrou risco que não fizeram pré-natal.

A adolescente em geral inicia tardiamente seu pré-natal, talvez por medo, vergonha, dificuldade de assumir a gestação, pela presença dos conflitos ou abandono dos seus familiares e do parceiro sexual.

5.2.6 Sexo do Recém-nascido

O estudo da pesquisa no sexo do recém-nascido feminino não influenciou em nascer prematuros. Estudo realizados na Holanda por Cunha,*et al.* (2008) demonstraram em seus resultados que o sexo masculino para o recém-nascido estava associado ao

aumento do risco de sofrimento fetal. De acordo com a bibliografia, verificou-se que a maioria dos PPT ocorreu em bebês do gênero masculino (TEIXEIRA, C. S. L. 2011) (STAHL, G. 2013).

6 CONCLUSÕES

Observou-se nas conclusões deste estudo que no período pesquisado ocorreu uma predominância de BPN para recém-nascidos de mães mais jovens. Os percentuais, no geral não existiram grandes oscilações, desta forma dentro das faixas etárias das variáveis referentes ao BPN não aconteceu nenhuma instabilidade extrema, ficando todos percentuais abaixo de 3,0% nas oscilações. Uma análise mais precisa sobre os resultados segue-se abaixo pontuados:

- Uma significativa prevalência de recém-nascidos com baixo para as mães dentro da faixa etária de 20 a 35 anos. Essa faixa etária também foi observada para prematuridade;
- Observou-se que o BPN não teve significativa variabilidade em relação ao estado civil das gestantes, uma vez que os percentuais apresentados mostraram mais um padrão de normalidade. Para a prematuridade houve uma discreta diferença entre as mães em união estável e as solteiras;
- Ocorreu um predomínio do nível fundamental associado ao BPN, embora a variável escolaridade ter tido pouca diferença em valores percentuais;
- O parto cesáreo mostrou-se como fator de proteção para o BPN, assim como para a prematuridade;
- A maioria das mães pesquisadas realizaram menos de seis consultas de pré-natal, estes resultados interferiram diretamente no BPN e na prematuridade, pois ocorreu um padrão de normalidade para mais de seis consultas de pré-natal. Verificou-se também que abaixo de seis consultas o percentual se manteve como fator de risco;
- Houve uma associação entre ser do sexo masculino e nascer com o peso adequado, já para a prematuridade ocorreu uma predominância do sexo feminino para a normalidade;
- Nas mães com idade acima de 36 anos, no modelo univariado, ocorreu fator de risco, assim como no modelo múltiplo;

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivando um esclarecimento científico e contextualizado, este estudo trouxe ricas informações sobre o BPN e a prematuridade, baseando-se em dados do SINASC, nos municípios de Sousa, Cajazeiras e Patos, entre 1997 e 2011. Uma ampla e exaustiva análise de dados relacionados com o perfil materno-infantil destas referidas cidades. O estudo apresentado não se limita apenas em registrar dados, mas de forma coerente e ousada, interpreta numa ótica aprofundada a saúde coletiva daquelas localidades.

Como bem pontuado por Guimarães *et al*, (2013) a apropriação do conhecimento sobre a situação de nascimentos assegura o direito de se tornarem decisões e de se dispor de recursos para o restabelecimento do equilíbrio saúde/doença conforme as necessidades, especialmente entre aqueles em situação de maior vulnerabilidade e risco de agravos à saúde. Partindo deste ponto de vista entendemos que se faz necessário uma atualização constante nos dados do SINASC, uma vez que para a evolução no campo materno-infantil, a confiabilidade destas informações deve ser inquestionável.

Para Pedraza (2012) há uma heterogeneidade de profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV, muitos dos quais não estão qualificados para a função. Esta observação é de extrema importância, visto que todas as informações de recém-nascidos, assim como dados da puérpera devem ser rigorosamente coletados.

Todas as variáveis apresentadas durante o trabalho foram discutidas com o intuito de esclarecer e desvendar toda uma dinâmica social no âmbito da saúde pública nas cidades ora mencionadas. As causas que levam a prematuridade ou ao baixo peso ao nascer são as mais diversas. Poderíamos dizer que a idade abaixo dos 16 anos é considerada uma fase propícia para estas ocorrências.

Por fim, embora haja desfechos adversos da gestação, mas existem maneiras eficazes de se encarar as mais variadas situações. O atendimento à gestante, bem como todo o acompanhamento durante sua gravidez é fundamental. O importante neste processo é que haja uma evolução significativa na maneira de se encarar um problema tão sério que é a mortalidade infantil, e que também haja uma conscientização por parte não apenas de quem trabalha nesta problemática, mas da sociedade paraibana como um todo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Distribuição da proporção de parto cesáreo no mundo.** 2008. Disponível: em <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

ALGE, A. K. M. et al. Fatores maternos e neonatais associados a prematuridade **de enfermagem.** Goiás: v.11 n.3 a 23. 2009. Disponível em: (<<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

ALVES, A. S. **Recém-nascido de risco:** fatores que contribuem para a precisão de cuidados intensivos neonatais (Dissertação de mestrado). Rio Grande, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em:<<http://www.sis.ufpi.br/23sic/documentos/resumo/mobidade/>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

ANTÔNIO, M. et al. Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** São Paulo, v.52, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

ANDRADE, C. S Avaliação da atenção pré-natal na Universidade Básica de Saúde. **Revista de Saúde Pública.** Santa Catarina, v.3, 2010. Disponível em <:<http://esp.saude.sc.gov.br/revista/index.php/inicio/article/viewfile>>. Acesso em: 20 jan.2013.

AQUINO-CUNHA, M. et al. Gestação na Adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. **Rev. BrasGinecol Obstet.** v.24, n.8. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 abr. 2015

ARAGÃO, M. et al. Riskfactors for pretermbirths in São Luís, Maranhão, Brazil. **Cad SaúdePública.** 2010.

ARAÚJO, B. F. A.;TANAKA, A. C. d'A.Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda.**Cad. Saúde Pública.**v. 23, n.12, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

ARETHUZA, E. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, 2011. <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

BACKES, Marli Terezinha Stein; SOARES, Maria Cristina Flores. Poluição ambiental, residência materna e baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Enferm.**v.64, n. 4, Brasília, Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BARBAS, D. S. et al. Determinantes do peso insuficientes e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, **Epidemiol. Sev. Saúde.**v.18, nº 2, Brasília,2009. Disponível em: <<http://www/scilo.iec.pa.gov.br>>. Acessoem: 09 fev. 2014.

BARBIERI M. A.; SILVA, A. A. M.; BETTIOL, H.; GOMES, U. A. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil. **Rev Saúde Pública**, 2000.

BARROS, F. C.; VELEZ, M. P. Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes. **ObstetGynecol**, 2006.

BARROS, F. C. et al. **The Challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004**. *Lancet*, 2005.

BELIZÁN, F. et al. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un grupo de embarazadas de Rosário, Argentina. **Bol Oficina Sanit Panam**. 2008.

BONITA, R. et al. **Epidemiologia Básica**. 2ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS: Informações**. 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS: Informações**. 2011. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. 3.ed, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_nasc_vivo.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos vivos**. Brasília: ago. 2001. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portao/arquivos/pdf/sis_nasc_vivo.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Nascidos Vivos – Download de Arquivos**. 2004. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/tabdata/sinasc/dados/indice.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - Proposta Versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde)**. 2001. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informação e informática do SUS. Cadernos de Informações de Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. 3.ed. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de situação de saúde para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, departamento de análise de situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://anepensp.org.br/arquivos/manual>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Departamento de ações programáticas e estratégicas**. Atenção a Saúde de recém-nascido: Guia prático para os profissionais de saúde. Brasília, Ministério da Saúde. 2011. Disponível em <<http://www.redebhl.fiocruz.br>>. Acesso em: 26 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção e Departamento de Atenção Especializada**. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de triagem neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Vigilância em Saúde e Análise de Situação de Saúde**. São Paulo: 2004. Disponível em: <<http://www.eve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/pdf/sistemas>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/sis/sis02htm.2003>>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básico para a saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata>>. Acesso em: 21 jul 2015.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. São Paulo: Artmed, 2003.

CAPELLI, J. C. S.; et al. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19 n.7 Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org>. Acesso em: 05 jun. 2015

CARAZZAI, E. H. Cresce o número de bebês com baixo peso no país. São Paulo: **Folha de São Paulo**: 2011. Disponível em: <[http://www.folha.uol.br/equilibrio e saúde](http://www.folha.uol.br/equilibrio_e_saude)>. Acesso em: 08 jan. 2014.

CARNIEL, M. et al. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Rev. bras. epidemiol.** vol.11, no.1, São Paulo, Mar., 2008. Acesso em: <<http://www.dx.doi.org>>. Disponível em: 10 jul. 2015.

CARVALHO, V. C. P. de; Araújo, T. V. B. de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife. Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater.** Infant. v.7, n.3, Recife: 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 20 jul 2015.

CASTILLO-SALGADO, C. Health situation analysis in the Americas, 1999-2000. **Boletín Epidemiológico**. 2000. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CHEN, N. et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. 2008; **Rev. bras. epidemiol.** vol.11, nº.1, São Paulo: Disponível em: <<http://www.dx.doi.org>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

CHOWSON, Christopher, Nascem 15 milhões de bebês prematuros por ano em todo o mundo. **Revista Veja**. São Paulo: 2012. Abril, Mensal, Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

COIMBRA, L. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**. 2003. v. 37, n.4, São Paulo, 2003. <Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

COSTA, E. C.; GATLIEB, S. L. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. **Revista de Saúde Pública**. V.32, n.4 São Paulo: 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp>>. Acesso em : 16 jan. 2014.

COSTA, Roberta S. **Incidência e características dos recém-nascidos de peso insuficiente de uma coorte neonatos de um hospital público regional de área metropolitana**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

CUMAN, R. K.N. ; RAMOS, H. A. C. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro: v. 13, n. 2. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean>>. Acesso em : 15 jan. 2015.

DEUTSCH, A. D'Agostini; DORNAUS, M. F. P. S.; WAKSMAN, R. D. **O bebê prematuro: tudo o que os pais precisam saber**. Barueri, SP: Manole, 2013.

DIAS, M. 11 em cada 100 partos são prematuro no Brasil. **Revista pais e filho**. 2013. Disponível em; <<http://www.revistapaisefilhos.uol.com.br/nossobebe.>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

DIAS, N. S. ; GAIVA, MUNHOZ, M. A. Assistência ao neonato em Uma Unidade de Saúde da Família de Cuiabá-MT. **Revista Nursing**. 2010. Disponível em: <www.nursins.com.br>. Acesso em : 09 Fev. 2014.

DIAS, R.; M. FONSECA, R.; SOLIS, C. **Comparacionestransculturalesdel inventario de paternidad para adults y adolescents**. ArchInvestMed, 1990. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/adolectbr/resource>>. Acesso em: 01 de ago. 2015.

DOMÍNGUEZ, P. L, CABRERA JH, PERÉZ AR. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. **Rev Cubana Obstet Ginecol**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.sld.cu/scielo.php>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

ESCALANE, J. J. C. ; LIRA, D. **Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas – CGIAE / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde.** Brasília: 28maio2013. Disponível em: <http://www.tabnet.data.sus.gov.br/egi/sinac/cosolidar_sinasc-2011> . Acesso em: 21 set. 2014.

FANG, M. S. Low birth weight: race and maternal nativity - impact of community income. *Pediatrics*. 1999; 110f Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FARIA, R. M. **Fatores de risco para nascidos vivos de baixo peso, pré-termos e pequenos para a idade gestacional em Goiás.** [dissertação de mestrado]. Goiânia: Rede Centro-Oeste, UFG-UFMS; 2004.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. Mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cad. Saúde Pública.** 2008.

FIGUEREDO FILHO, E. et al. Variáveis perinatais e associação de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em hospital público universitário do Brasil. **Ver. BrasGinecol Obstet.** 2014. <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

FIGUEROA, P. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): análise crítica da literatura 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 20 jun 2015.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. Mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cad Saúde Pública.** 2008.

FONSECA, A. S. **Saúde materno e neonatal.** São Paulo: Martinari, 2014.

GAMA, J. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública.** 2009.

GÓMEZ, M. et al. Prevalência de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: unidad de atención y protección materno infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colômbia. **Rev Colomb Obstet Ginecol.** 2008.

GUIMARÃES, E. A.; VELÁSQUEZ-MELANDEZ, G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. **Rev Bras Saúde. Matern. Infant.** 2009.

GUIRADO, N. M.; LABRADOR, C. P.; BROOKS, G. S. Algunos factores de riesgo asociados al recién nacido com bajo peso. **Rev Cubana Méd Gen Integr.** 2009. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi143-405.htm>. Acesso em: 21 jul 2015.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação.** Brasília, v. 33, n.

1, p.72-80, 2004. Disponível em: <<http://www.revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

GUIRADO, N. M.; LABRADOR, C. P.; BROOKS, G. S. Alguns fatores de risco associados ao recém-nascido com baixo peso. **Rev Cubana Méd Gen Integr.** 2009. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi143-405.htm>. Acesso em: 21 jul 2015.

HERNANDEZ, H. et al. Tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus fatores de risco. **Cad Saúde Pública.** 2011.

HOWARD DL, Marshall S. S.; Kaufman J. S. da. **Variations in low birth weight and preterm delivery among blacks in relation to ancestry and nativity:** New York City, 1998-2002. *Pediatrics.* 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 28 abr. 2013.

JAMMEH, A; SUNDBY, J.; VANGENS, S. Materias and obstetric risk factors for low birth weight and preterm birth in rural Gambia: a hospital-based study of 1579 deliveries. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.1. 2011.

KILSZTAJN, S. et al. Prenatal care, low birth weight and prematurity in Brazil, 2000. **Rev Saúde Pública**, 2003.

KRAMER, M. S. **Determinants of low birth weight:** methodological assessment and metaanalysis. *Bull World Health Organ*, v.65, n5, p663-737, 1987.

LAW, C. M. **Significante of birth weight for the future.** *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, v.86, 2002.

MADDAH, A. et al. Social factors and pregnancy weight gain in relation to infant birth weight: a study in public health centers in Rasht, Iran. **Eur J Clin Nutr Medline**, 2011.

MAIA, R. R. P.; Sousa, José Maria. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. 2010. **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano.** V.20, nº 3 São Paulo: Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci>> Acesso em: 11 jan. 2015.

MAIA, R. R. P. **Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil.** 2009. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.Tese.usp.br/index.ph>> . Acesso em: 6 jun. 2015.

MALALAS, J. **Wikipédia, a enciclopédia livre.** São Paulo: 2013. Disponível em: <<http://www.pt.wikipedia.org/wiki/cesariana>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

MARIOTONI, G.; BARROS FILHO, A. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975-1996. **Ver. Saúde Publica.** 2009.

MARTINS, C.A.; REZENDE, L.P.R.; VINHAS, D.C.S. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.v. 5 n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> . Acesso em : 15 abr. 2014.

MELO, A.M.C. et al. Características e fatores associados à assistência a saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. **J. Pediatr**.v.89 , n.1 Porto Alegre, 2013 Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em : 02 ago. 2015.

MELO, W. A. ; UCHIMURA, T. T. Perfil e processo da assistência prestada ao recém nascido de Rio no Sul do Brasil. Maringá-PR. **Rev. Bra. Epidemiologia**, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 jul.2015.

MINAMISAWA, R et al.. Factors Associated With Low Birth Weight in Goiás. **Rev. Eletr. Enf.** 2004.

MINAGAWA, E. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **RevEscEnferm USP**. 2008.

MONTEIRO, D. et al. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro: REVIVER, 2009.

MONTEIRO, C A.; BENÍCIO, M.H.D.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976 – 1998). **Rev Saúde Pública**. 2000.

MORAES, A. B. **Baixo peso de nascidos vivos no Rio Grande do Sul, Brasil**: uma análise estatística multinível. 2007.168 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/hainfle>>. Acesso em: 20 jun. 2014

MORCILLO, A.M. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. **Ver. Paul Pediatr**. 2010.

MORSE, N. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos. **Cad. Saúde Pública**. 2011

NADER, P., de J. H. et al. **Manual do Auxiliar da Reanimação Neonatal**. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2009.

NASCIMENTO, L. F., GOTLIEB, S.L. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em Informações da Declaração de Nascidos Vivos em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. **InfEpidemiolSus**. 2009.

NEVES, A. et al. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação. Fortaleza, **Rev. PaulPediatr**. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/04.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

NGOC, N. T. et al. Causes of stillbirths and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries. **Bull World Health Organ**, v.84, n.9. 2006.

NGUYEN, N.; SAVITZ, D.; TRORP, I. M. Factors for preterm birth in Vietnam. **Int J. Gynaecol Obstet.** 2004.

NICOLA, H. A. et al. 2010. **A utilização da internet na notificação dos efeitos congênitos da declaração de nascidos vivos em quatro maternidade públicas do município de São Paulo.** São Paulo: 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso: 28 set. 2014.

OLIVEIRA, C. S. de. **Avaliação do perfil epidemiológico dos nascidos de baixo peso no município de Cuiabá no período de 2000 a 2008 utilizando as variáveis da declaração de nascidos vivos.** 2011, 76f. Dissertação: (Mestrado em Ciência da Saúde). Universidade de Brasília, disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream>. Acesso em: 20 maio 2015.

OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M.. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2010.

PARDO, R. A.; NAZER, J. CIFUENTES L. Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas y de menor peso de nacimiento en hijos de madres adolescentes. **Rev Med Chil.** 2011.

PATANH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, vol.45, no.1, São Paulo: 2011. Disponível em: <<http://www.dx.doi>>. Acesso em: 05 ago 2015.

PAULA, L. **Cesariana – Wikipédia, a enciclopédia livre.** São Paulo: 2013. Disponível em <<http://www.luisdepaula.spaceblog.com.br>>. Acesso em: 27 set. 2014.

PEDRAZA, F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. Disponível <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01 ago. 2015.

PELLISSARI, D. M.; UCHIMURA, M. S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Revista Gaúcha Enferm.** 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermage>>. Acesso em : 09 jan. 2014.

PETRINI JUNIOR, D. T. **Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants.** J Pediatr, 2009.

POLGLIANE, E. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 19, n. 7, Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <<http://www.dx.doi.or>>. Acesso em: 02 maio 2015

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery.** 2009.

REIS, F. et al. **Gravidez na adolescência.** 2008. Disponível em: <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

REVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER K. Perfil da assistência pré-natal entre usuários do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **BrasGinecol Obstet.** 2008;

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RODRIGUES, R. B. et al. **Mortalidade Neonatal: estudo epidemiológico em uma maternidade pública.** Patos- PB, Revista de enfermagem –UFPE, 2013. Disponível em: <<http://www.file:///C:/Users/admin>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

ROJAS, P. F. et al. Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso e controle. **Arq. Catarim. Med.**São José-Santa Catarina,v.42 nº 1, 2013. Disponível em:<<http://www.acm.org.br/revista>>Acesso em: 12 abr. 2015.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. , S.; JUVENAL, S. D. C. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. 2014. **Rev. Saúde Pública.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

ROSELAINÉ,H. et al. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. **Rev. Saúde Pública.** 2011. v.4, n.1. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

SALGE, A. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2009. Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 09 jul. 2015.

SANTOS, N. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para o baixo peso, prematuridade e cesariana.**Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro: v.19, n.3, 2014. Disponível em: <<http://www.ine.pt/xportal/xmain>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

SASSA, A. et al. Resultado perinatais extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Revista Gaúcha Enferm.** 2011. Porto Alegre, jun v.32 n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf>> Acesso em: 16 maio 2015.

SERAFIM, D. **Mortalidade neonatal em Maringá - PR, 1997-2000.** [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2009.

SHAPIRO-MENDOZA, C. et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. **Pediatrics,** 2008.

SIQUEIRA, M. et al. Profissionais e usuários adolescentes de quatro programas de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? **Estudo psicológico,** 2002.

SERRUYA, S. J; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Bras SaúdeMatern Infant.** 2004

SILVA, P. et al. **Trends in low birth weight:** a comparison of two birth cohorts separated by a 15-year interval in Ribeirão Preto, Brazil. *Bull World Health Organ* 1998.

SILVA, E. et al. **Why are the low birth weight rates in Brazil higher in richer than in poorer municipalities? Exploring the epidemiological paradox of low birth weight.** *Paediatr Perinat Epidemiol*, v.19, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/158170108>> Acesso em: 28/01/2014.

SILVA, E. B. L. N. **Prematuridade e baixo peso ao nascer e seus fatores de risco no município de João Pessoa, de 2001 a 2009.** 2013. 98f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2013.

SILVA, A. M. da. **Competência da Enfermagem para Atenção a Criança na Rede Básica de Saúde.** 2012. 126f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/haudle>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

SILVA, A. et al. Fatores de risco para nascimentos para nascimentos pré-termo em Londrina, Londrina -Paraná. *Cad. Saúde Pública*, 2009.

SILVA, H. et al. **Trends in low birth weight:** a comparison of two birth cohorts separated by a 15-year interval in Ribeirão Preto, Brazil. *Bull World Health Organ* 1998.

SILVA, M. et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2001

SILVEIRA, S. et al. Grau de escolaridade materna e baixo peso ao nascer: uma meta-análise. *Jornal de Pediatria*. V.89. n.4. <<http://www.jped.elsevier.es/pt>>. Acesso em: 05 maio 2015.

SOARES, E. S.; MENEZES, G.M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Rev. Saúde Pública*. 2011. <<http://dx.doi.org>>. Acesso: 23 abr. 2015.

SOUTO, S.; SANTOS, F.D.D.; COCA, L. L. Nascimento de recém-nascidos de baixo peso em instituição filantrópica terciária do Município de Piracicaba. *Enferm. glob.* vol.10, n.23., jul., 2011. Acesso em: 03 maio 2015.

STAHL, G. **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil.** 2013. Disponível em: <<http://www.Unicef.org/brazil/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

STES, A.P. **Avaliação quantitativa.** São Paulo: Atlas, 2004.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. O. **Enfermagem na UTIN:** Assistência ao recém-nascido de alto risco. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

TEIXEIRA, C. S. L. **Prematuridade Tardia e Qualidade de Vida**. Ciências da Saúde (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em medicina), Universidade da Beira Rio. 2011.

TIAGO, L. F.; CALDEIRA, A. P.; VIEIRA, M. A. **Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais**. São Paulo, *Pediatria*, v.30, n.1, 2010.

TOMASHEK, et al. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. **J .Pediatr.** 2008.

UNICEF.**The state of the world's children**.2000. Disponível em: <http://www.unicef.org>. Acessado em: 22mar. 2004.

UNICEF, 2006. **Progreso para laInfancia** – bajo peso al nacer. Disponível em: <<http://www.Unicef.org/Spanish/progessforchilohen/2006n4/indexlawberthweight.html>> .Acesso em : 19 jan. 2014.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND.**Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review**.New York, dec. 2007.60p. Disponível em; <http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41508.htm>.Acesso em: 19 jan. 2014.

UCHIMURA, T. T. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer segundo as variáveis da mãe e do recém nascido, em Maringá-PR, no período de 1996 a 2002. **Cienc. Cuid. Saúde**. Jan/Mar. v.6 n. 51-58. 2007.

UCHIMURA, T. T. et al . Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Rev .Gaúcha Enferm.** 2007.

VIANA, K. J.et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cad. SaúdePública**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br>> Acesso em: 28 jul. 2015.

VICTORA, C. G., GRASSI, SCHMIDT A. M .Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil.1980-1992: Tendência temporais e distribuição espaciais. **Revista de Saúde Pública**. 1994.

VICTORA, C. et al. (2013). **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no brasil e explorar possíveis causas**. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2013. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf. Acesso em: 20 jul . 2015.

VICTORA, C. G.et al.**Explaining em desigualdades**: evidências de estudos de saúde da criança brasileira. *Lancet*, v.356, n.92, Setembro de 2010.

WILCOX, A. J. On the importance and the unimportance--of birthweight.*Int J. Epidemiol.* 2010.

ZHANG , et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: tendo sido o retardo de crescimento intrauterino apontado como o responsável pela sua ocorrência, um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. 1 **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27. n.9. set. 2011. Rio de Janeiro, V. 27, N. 9 SET. 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp>>Acesso em: 10 maio 2015.