



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**RENATA KELLY DE OLIVEIRA SOARES**

**CARACTERÍSTICAS DE MÃES DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO DE  
CAJAZEIRAS- PARAÍBA (1999-2011)**

CAJAZEIRAS – PB

2014

**RENATA KELLY DE OLIVEIRA SOARES**

**CARACTERÍSTICAS DE MÃES DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO DE  
CAJAZEIRAS- PARAÍBA (1999-2011)**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado à coordenação de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms.Kennia Sibelly Marques de Abrantes

CAJAZEIRAS – PB

2014

**RENATA KELLY DE OLIVEIRA SOARES**

**CARACTERÍSTICAS DE MÃES DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO DE  
CAJAZEIRAS- PARAÍBA (1999-2011)**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado à coordenação de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

**Profa. Ms. Kennia Sibelly Marques de Abrantes  
(ORIENTADOR – UFCG)**

---

**Profa. Dr. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias  
(MEMBRO CONVIDADO – UFCG)**

---

**Prof. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro  
(MEMBRO CONVIDADO – UFCG)**

A Deus, o autor e consumidor da vida e da fé. Pelo seu amor incondicional, pelo seu cuidado e sua misericórdia que perdura para sempre. Por que por Ele e para Ele são feitas todas as coisas, a Ele seja dada toda glória.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus primeiramente, por te me dado a vida. Pelo seu infinito amor, força e perseverança que me deu até o termino deste curso. Pela sua imensa graça a qual não sou merecedora.

Meus pais, pelo amor incondicional, por terem acreditado e investido em mim. A meus irmãos Raiza e Rafael pelo amor, carinho e união. Amo vocês.

Ao meu marido Nureyev, pelo amor, cuidado, apoio e companheirismo o qual me ajudou imensamente em todo percorrer do curso. Te amo.

As minhas amigas companheiras de jornada acadêmica e de vida, Natália e Layz, pelos laços de amizade que construímos, por todos os momentos que passamos juntas nessa caminhada, pelas alegrias, conquistas, raivas, tristezas... Sem vocês tudo seria sem graça. Agradeço por serem minhas amigas, amo vocês.

A minha orientadora Kennia Sibelly, primeiramente por ter me aceitado como orientanda e toda credibilidade a mim depositada, por todo seu empenho nesta pesquisa, e conhecimento transmitido, pela responsabilidade, compromisso, e pelo exemplo de competência profissional que és. Tens minha sincera gratidão e admiração.

A todos os mestres que se empenharam e contribuíram para minha formação acadêmica.

A Maria do Carmo, pelos seus ensinamentos a mim transmitidos, pelo seu incentivo e apoio durante as aulas de TCC, pelo exemplo de produção científica que és. Muito obrigada.

A Alany, enfermeira supervisora do estágio supervisionado I, pelo exemplo de profissional, ensinamentos, pela amizade construída e pela confiança a mim depositada.

A todos que de alguma forma contribuíram nesta finda jornada acadêmica. Muito obrigada.

“Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: Há homens que, em comunhão buscam saber mais”.

Paulo Freire

SOARES, Renata Kelly de Oliveira. **Características de mães de nascidos vivos do município de Cajazeiras-Paraíba (1999-2011)**. 2014. 57f. Monografia – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

## RESUMO

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos tornou-se a principal fonte fidedigna de informações sobre nascimentos, utilizando como formulário padrão a Declaração de Nascidos Vivos- DN, documento oficial, obrigatório em todo território nacional e hábil para lavratura da certidão de nascimento. A presente pesquisa teve como objetivo identificar as características sócio-demográficas e obstétricas das mães de nascidos vivos do município de Cajazeiras/PB. É um estudo de corte retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa que utilizou dados secundários referentes às variáveis maternas obtidas por meio do SINASC/DATASUS com mães residentes no referido município, dentre os anos de 1999 a 2011. Os resultados revelaram quanto ao perfil sociodemográfico que 69,0% apresentaram idade entre 20 a 34 anos e 22,3% entre 10 a 19 anos; 54,0% possuíam de 4 a 11 anos de estudo e 34,1% possuíam  $\leq 3$  anos de estudo; 60,5% eram mães sem companheiros. Quanto ao perfil obstétrico, verificou-se que 92,6% tiveram seus filhos a termo, 97,7% possuíam gravidez do tipo única, 52,9% realizaram partos vaginal, 46,6% realizaram seus partos por via cesárea e 56,3% realizaram um número menor que sete consultas de pré-natal. Os resultados apresentados revelam dados preocupantes com relação às v, instrução da mãe e tipo de parto, uma vez que, embora não tenham sido os de maior proporção, verificou-se um número expressivo de mães com baixa escolaridade e com um número de partos cesáreos acima do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico das mães de nascidos vivos do município de Cajazeiras-PB, o qual servirá de embasamento para construção de identificadores de saúde materna, subsidiando planejamento de ações para este grupo específico de atenção, tendo como meta a redução dos riscos de morbimortalidade.

**Palavras chave:** Declaração de Nascimento. Nascimento Vivo. Perfil de Saúde. Bem-Estar Materno.

SOARES, Renata Kelly de Oliveira. **Characteristics of mothers of newborns from the city of Cajazeiras-Paraíba (1999-2011)**. 2014 .57 f. Monograph - Academic Unit of Nursing, Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

### ABSTRACT

The Information System on Live Births became the main reliable source of information on births , using as a standard form Declaration of Live Birth - DN , official document , required in all domestic and skillful for issuance of birth certificates territory. This research aimed to identify socio - demographic and obstetric mothers of newborns from the city of Cajazeiras / PB characteristics . It is a retrospective sectional, descriptive nature, with a quantitative approach that used secondary data on maternal variables obtained through SINASC / Datasus with mothers living in the municipality , from the years 1999 to 2011 . Results revealed as profile sociodemographic 69.0 % were aged 20-34 years and 22.3 % between 10 and 19 years; 54.0 % had 4-11 years of education and 34.1 % had  $\leq 3$  years of study ; 60.5 % were mothers without partners . Regarding obstetric profile , it was found that 92.6 % had their children to term , 97.7 % possessed only type of pregnancy , 52.9 % had vaginal deliveries , 46.6 % performed their cesarean sections and 56 channels, 3% had fewer than seven prenatal consultations. The presented results show alarming information regarding the variables, education of the mother and type of delivery , since, though not the highest proportion , we found a significant well as mothers with low schooling and a cesarean above what is recommended by the World Health Organization deliveries Therefore , it is expected that this study can contribute to the knowledge of the epidemiological profile of mothers of newborns from the city of Cajazeiras -PB , which will serve the basis for constructing identifiers maternal health , supporting action planning for this specific group of attention , with the goal of reducing the risk of morbidity and mortality.

**Keywords:** Live Birth. Health Profile. Maternal Welfare.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1: Distribuição de mães de nascidos, vivos de acordo com a idade materna.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 2: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com a instrução materna.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabela 3: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o estado civil.....</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 4: Distribuição de mães de nascidos vivos de acordo com a duração da gestação.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 5: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o tipo de parto.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabela 6: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o tipo de gravidez.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabela 7: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o número de consultas pré-natal.....</b>	<b>42</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

DN- Declaração de Nascidos Vivos

DO- Declaração de Óbito

DUM- Data da Última Menstruação

EJA – Educação de Jovens e Adultos

GEVIMS- Grupo de Estatísticas Vitais do Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

SAI/SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB- Sistema de Informações Sobre a Atenção Básica

SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN- Sistema de informações e Agravos de Notificação

SINASC- Sistema Sobre Nascidos Vivos

SIS- Sistema de Informações em Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SVS/MS- Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RMM- Razão de Mortalidade Materna

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVO</b> .....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
3.1 Saúde Materna e Mortalidade Materna .....	14
3.2 Sistemas de Informação em Saúde– SIS .....	18
3.3 Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos- SINASC .....	20
3.4 Declaração de Nascidos Vivos– DN.....	22
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	26
4.1 Tipo de Estudo .....	26
4.2 População e Amostra .....	26
4.3 Coleta de Dados .....	27
4.4 Análise dos Dados.....	28
4.5 Disposições Éticas do Estudo .....	28
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	29
5.1 Características sociodemográficas maternas.....	29
5.2 Características obstétricas .....	37
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil obteve grande avanço, principalmente relacionado aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), os quais são necessários para obter melhor fidedignidade de dados relativos a diferentes indicadores demográficos, epidemiológicos, clínicos, entre outras funcionalidades, que por sua vez, são relevantes para as políticas em saúde pública. (BRASIL, 2009)

Os SIS promovem e ampliam técnicas que servirão de análise de conjunturas de saúde aplicáveis nas três esferas de governo nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Têm por finalidade a obtenção de conhecimento para os gestores dos serviços, fornecendo subsídios para ações adequadas em cada setor de saúde. (BRASIL, 2013c)

Com a perspectiva de alcançar melhor qualidade de cobertura e fidelidade de dados, o Ministério da Saúde desde 1975 passou a implantar de forma gradual os SIS no país, dentre estes, surgiu oficialmente em 1990, através do Grupo de Estatísticas Vitais do Ministério da Saúde (GEVIMS), o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos- SINASC. (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009)

Desta forma, o SINASC eclodiu no Brasil de modo heterogêneo e progressivo nas principais capitais brasileiras até possuir atualmente grande cobertura homogênea em todo país, com o objetivo de obter um perfil epidemiológico dos nascimentos, como também, conhecer e avaliar a saúde materna. (PEDRAZA, 2012)

Para adquirir informações precisas e confiáveis o SINASC baseia-se em dados contidos na Declaração de Nascidos Vivos (DN), documento padronizado em todo território brasileiro, o qual deve ser emitido em hospitais e outros serviços de saúde. Através da coleta de dados contidos na DN, foi possível a disseminação de informações sobre o nascimento infantil, bem como, informações relevantes sobre a mãe, entre estas, dados sociodemográficos e obstétricos, necessários para os gestores traçarem políticas de cunho assistenciais para ambos. (PEREIRA et al., 2013)

O SINASC passou a ser a principal e importante fonte fiel de dados maternos e sobre os nascimentos. Os mesmos são quantificados por meio das variáveis preenchidas na DN e são informatizadas através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). (PEDRAZA, 2012)

A DN é um instrumento valioso para os gestores municipais, e permite, através das suas variáveis, conhecer características maternas como idade, estado civil, instrução, número de consultas pré-natais, duração da gestação, tipo de gravidez e de parto, ou seja, informações

necessárias para uma melhor estratégia assistencial ao binômio mãe/filho nível municipal de saúde. (PADILHA et al., 2012)

Portanto, esta pesquisa abordou a temática SINASC concentrada nas variáveis maternas presentes na DN do município de Cajazeiras-PB, por meio da coleta dados no site do DATASUS. E será direcionada pela seguinte problemática: Qual o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de nascidos vivos do município de Cajazeiras/PB, a partir de dados referentes ao SINASC?

Partindo do pressuposto de que este perfil sociodemográfico e obstétrico apresentam distinções quantitativas e percentuais em relação às variáveis maternas, revelam ser precisos e indispensáveis para o conhecimento do gestor local, pois contribuirá para um planejamento da assistência com qualidade, bem como humanizada para o binômio mãe-filho. O que permitirá a influência do conhecimento deste aspecto para o gerenciamento de ações específicas.

Assim, trata-se de um estudo relevante, uma vez que, permitirá identificar através da temática escolhida, o perfil materno do município, e através deste será possível alavancar políticas assistenciais direcionadas. Justifica-se por ser uma pesquisa viável em termos teórico-prático, uma vez que, os dados estão disponibilizados pelo DATASUS.

É de suma importância pra o município de Cajazeiras-PB, por ser uma macrorregião e sede da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba. Com isso, poderá corroborar para a ampliação da investigação atinente ao SINASC e em especial no preenchimento da DN municipal.

## **2 OBJETIVO**

Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de nascidos vivos do município de Cajazeiras/PB, no período de 1999 a 2011, por meio de informações disponibilizadas no DATASUS.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Saúde Materna e Mortalidade Materna

O Brasil caracteriza-se por ser um país onde a maioria de sua população é composta pelo gênero feminino, apresentando perfis socioeconômicos e epidemiológicos bastante diversificados. As mulheres são as principais usuárias do SUS, buscando o serviço para a melhor qualidade em saúde, seja para prevenção e/ou tratamento de doenças pertinentes à mulher, consultas de pré-natal, acompanhamento de puericultura e de outros familiares na busca pelo serviço. (BRASIL, 2004)

A morbimortalidade materna por sua vez, constitui-se um grande desafio para a saúde pública, principalmente em vista da redução destas taxas de que afrontam cada vez mais esse gênero em especial. Conhecer esta realidade se torna indispensável para um melhor planejamento em saúde, assim será possível para gestores traçarem ações direcionadas para uma melhor qualidade em saúde. Para tal propósito, o SINASC configura-se em um elemento imprescindível para o conhecimento do perfil materno, pois, possibilita não só o levantamento do número real de nascimentos vivos, mas também a análise de importantes variáveis, capazes de caracterizar as mães segundo dados sociodemográficos e obstétricos contidos na DN e suas relações com a morbimortalidade materna. (GABANI; SANT'ANNA; ANDRADE, 2010)

O SINASC é um dos principais sistemas de informações em saúde que dispõe de dados referentes à mãe de nascidos vivos como o tipo de parto, tipo de gravidez, número de consultas de pré-natal, idade gestacional, além de idade da mãe, escolaridade e estado civil das mesmas, permitindo através destas variáveis, obter um diagnóstico preciso de saúde da mulher no qual possibilita um melhor manejo de abordagens, bem como permiti um melhor planejamento de mudanças no quadro de morbimortalidade materna. (SOUSA et al., 2006)

A saúde materna tornou-se uma das prioridades do governo federal, com o propósito de redução de índices de morbimortalidades maternas, um melhor atendimento no período gravídico-puerperal, uma assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, incluindo outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual além de atenção integral da mulher, em vista destes desígnios, foram instituídas políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PNAISM cujo o enfoque na saúde materna, promovendo uma melhor condição e qualidade de vida, bem como os direitos e cidadania da mulher. (BRASIL, 2013b)

O PNAISM criado em 2004 no país, avançou ao passo da criação do SUS, como enfoque a saúde integral da mulher, contendo princípios e diretrizes em parceria com a sociedade. Preleciona o Ministério da saúde que:

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executada nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004, p.64).

A referida política também ressalta a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, na qual, sugerem novas diretrizes para o programa de humanização do parto e do nascimento, incluindo a presença do acompanhante em todos os níveis de complicações, no que diz respeito à atenção obstétrica e neonatal. Desta forma proporcionará a gestante a oportunidade de escolher um acompanhante na hora do parto, fato este que influenciará uma melhor qualidade na assistência e saúde da parturiente. (QUIROZ et al., 2007)

Nisto se faz a acuidade do parto humanizado visto que, o mesmo para a mulher significa algo impactante, pois acarreta mudanças em todo seu contexto biológico e sociocultural. Relevando uma assistência obstétrica e perinatal mais humanizada, garantindo melhor saúde materna. Abordar a participação do acompanhante no processo de parturição torna-se um indicador para um parto mais harmonioso para a mãe e seu bebê além de promover uma melhor assistência na ótica obstétrica e interferir diretamente nas taxas de mortalidade materna e perinatal. (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010)

Com o intuito de uma melhor qualidade de saúde materna, também foi estabelecida através da Portaria Nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, oferecendo o direito da mãe e recém-nascido a ter assistência de qualidade e humanizada no âmbito do SUS. Devendo ser executada pela parceria do Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias Municipais e Estaduais, o principal objetivo deste programa é garantir um melhor acolhimento da gestante desde o início da gravidez até o nascimento saudável da criança, proporcionando bem-estar para ambos. (BRASIL, 2005)

Com a instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS, a mulher tem direito a um atendimento digno e de qualidade no transcorrer da gravidez, parto e puerpério, a um acompanhante durante e no pós-parto imediato e em situações de intercorrência obstétrica e neonatal, é assegurado à mãe e o recém-nascido o



direito a um atendimento adequado e humanizado, bem como assistência de pré-natal e puerperal qualificada, assegurando a saúde materna desde o início da gravidez até o seu fim. (BRASIL, 2005)

Para garantir melhor subsídio a saúde da mãe durante a gestação e ao feto, é necessário um cuidado distinto para aquelas gestantes configuradas como de alto risco, promovendo a profilaxia de complicações que causam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal. Isto só será possível, com acompanhamento e ações de saúde no pré-natal, garantindo a cobertura de atenção a todas as gestantes, a assiduidade no atendimento, bem como ofertar apoio psicoemocional a família, para assim um pré-natal mais qualificado e humanizado. (XIMENES NETO et al., 2008)

Uma assistência de qualidade no pré-natal se torna uma maneira positiva e eficaz para uma melhor saúde materna, sendo o pré-natal uma esfera de cuidados cujo seu objetivo é de prevenção, diagnóstico e tratamento de possíveis doenças e agravos, contribuindo para a melhoria no que diz respeito à gestação e a diminuição da mortalidade materna ligada a gravidez. (LOPES et al., 2011)

Em meados no ano 2000 surgiu, através da Organização das Nações Unidas-ONU, a Declaração do Milênio, cuja meta era o de combater a pobreza com objetivos que serão alcançados até o ano de 2015. Dentre estes objetivos, oito estão ligados à saúde e um em particular a saúde materna, direcionada para a redução das taxas de mortalidade. Em 2011, estimativas destacaram dados de aproximadamente 273 mil mortes maternas em todo mundo, entretanto, fontes da ONU revelam que o número de mortalidade caiu principalmente durante as últimas décadas. (SOUZA, 2011)

Um dos principais indicadores de saúde da mulher são as taxas de mortalidade materna, sendo este representado pelo número de mulheres que vão a óbito em consequência de complicações relacionadas à gestação por 100 000 nascidos vivos, sendo a mortalidade materna uma grande barreira a ser vencida no campo da saúde. (SOUZA et al., 2007)

A mortalidade materna torna-se um grande desafio no que se diz respeito à saúde materna e neonatal. As altas taxas se configuram em um problema de saúde pública. A partir de diversos indicadores, o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas para a melhoria na saúde materna, bem como na redução de óbitos. As principais regiões com dados alarmantes de mortalidade são as regiões nordeste, centro-oeste e norte. As mortes por causas obstétricas diretas correspondem a dois terços desses óbitos, o que institui péssima qualidade na saúde obstétrica. (BRASIL, 2009)

É uma condição que designa má assistência durante o período gestacional da mulher e revela ser um quesito relacionado a questões socioculturais e econômicas da população, bem como a questões ligadas a patologias durante o período gravídico, problemas relacionadas à infraestrutura hospitalar na qual pode influenciar em más condições na hora do parto, negligência dos profissionais levando a um cuidado de baixa qualidade ofertado as mães. (MERIGHI; GUALDA, 2009)

As principais causas de mortes diretas maternas registradas no Brasil em 2007 foram doenças hipertensivas (23%), sepses (10%), hemorragia (8%), complicações de aborto (8%), alterações placentárias, (5%), outras complicações do trabalho de parto (4%), embolia (4%), contrações uterinas anormais (4%) e alterações relacionadas ao HIV/AIDS (4%). Outras causas diretas foram responsáveis por 14% de todas as mortes e outras causas indiretas, por 17%. Ainda não se tem o registro exato de mortes em consequências de aborto, uma vez que, são realizados de forma clandestina. (VICTORA et al., 2011)

A morte materna implica em um indicador da realidade social, pois a taxa elevada de mortes sugere condições precárias de saúde, tornando-a mais expressiva em seu contexto familiar, direcionando a questões como depressões, estresses emocional, a não aceitação, conflito de relações e desequilíbrio familiar. (MARINHO; PAES, 2010)

A Razão de Mortalidade Materna- RMM é referente ao número de óbitos maternos, por mil nascidos vivos. Segundo a OMS (1998. p. 143) “A morte materna pode ser considerada durante a gestação ou até 42 dias após o seu termino”.

Para medidas de prevenção de mortes maternas é indispensável a qualificação dos profissionais que estão envolvidos na assistência direta as gestantes, parturientes e puérperas, assegurando um melhor cuidado na hora do parto, e um sistema de organização eficaz para possíveis emergências obstétricas. Faz-se necessárias ações que proporcionem mudanças assistenciais no contexto atual obstétrico. Para os gestores locais, é imprescindível utilizar o conhecimento sobre a mortalidade materna, de acordo com dados disponíveis, para analisar e buscar possíveis mudanças no quadro da saúde materna. (SOARES et al., 2012)

Como medida de redução de óbitos maternos, é necessária a articulação permanente entre a equipe de vigilância de óbitos com comitês e os gestores da saúde, visando um planejamento na redução de mortalidade e a eficácia nas políticas dirigida as necessidades da população. É importante a disseminação de resultados e a interação com as políticas públicas sociais de apoio educacional, sendo este elo intersetorial, promovendo a saúde e qualidade de vida da população, bem como, reduzindo os fatores sociais ligados à mortalidade materna. (BRASIL, 2009)

### 3.2 Sistemas de Informação em Saúde– SIS

A informação surgiu desde o tempo da pré-história, sob a forma de desenhos e pinturas rupestres que tinham o intuito de transmitir algo ou mensagens de determinados fatos ou acontecimentos. Com o avançar dos séculos, passou a existir a escrita e conseqüentemente a era da informática, abrindo fronteiras para o acesso mais rápido e seguro as diversas informações nas diferentes áreas. (FRANCO, 2010)

O mecanismo da informação é o meio pelo qual se atinge o conhecimento de alguma condição ou realidade para que se possam traçar metas a fim de fundamentá-las ou modificá-las. (FRANCO, 2010)

Na área da saúde em especial, os SIS foram constituídos em meio a processos político, social e econômico, dentro de uma conjuntura de evolução para o desenvolvimento e abrindo possibilidades de seu enriquecimento. No Brasil, veio à tona a carência de informações ligadas a uma padronização em áreas estatísticas, centralização de dados e falta de recursos humanos disponíveis para gestão de produção em informações. Desta forma, eclodiu a necessidade de um sistema organizado e padronizado de informações que tornasse possível o conhecimento da real situação do país. (LOUREIRO, 2003)

Os SIS passaram a existir a partir das primeiras décadas do século XX, em paralelo a grandes movimentos associados ao controle de doenças no Brasil, como febre amarela, varíola, poliomielite, entre outras. A partir disto, foram gradualmente se instalando no país, tornando-se um grande instrumento em coleta de dados para auxiliar nas ações de planejamento em saúde. (ALMEIDA; SILVA, 2012)

A criação do SIS de fato ocorreu nas décadas de 70 e 80, as informações antecedentes a estas décadas eram obtidos por meio de métodos de estimativas indiretas baseadas em dados censitários e pesquisas amostrais. Os SIS foram se expandindo a partir das décadas 80 e 90 principalmente os que correspondiam a indicadores sobremortalidade, morbidade e nascidos vivos, possibilitando a obtenção de informações municipais. A partir disto, na década de 90, foram estabelecidos documentos padrões em vista de uma melhor cobertura de indicadores e acessibilidade dos sistemas e permitindo uma melhor disseminação de informações de forma descentralizada. (ALMEIDA; ALENCAR, 2000)

Baseadas no princípio da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, a informação designa a promoção de uma vida mais saudável, alcançando toda população brasileira, tornando-se um constituinte da equidade do SUS. Através das informações obtidas

nacionalmente, é possível respeitar as especificidades regionais e locais com segurança, para se tornarem válidas e obter sua integridade preservada. (BRASIL, 2012)

Revelam ainda ser uma fonte disseminadora de dados que são importantes para a organização em saúde. Moreno (2008, p.3), corrobora afirmando que a “Informação em saúde deve ser pensada como compósito de transmissão e/ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde”.

Desta forma, tornando-se uma ferramenta necessária de cunho decisório para gestores nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo conhecer os distintos perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico, fundamentando as ações baseadas na realidade. (CARVALHO; EDUARDO, 1998)

A informação em saúde se configura um integrante de base setorial do SUS para o melhor gerenciamento da saúde, menor heterogeneidade, setores de saúde com mais humanização e com qualidade na atenção, o que fortalece os princípios e diretrizes do SUS. Sabendo-se que, ainda é preciso uma melhoria no atributo de informações e diminuição no número de sub-registros, principalmente nas regiões correspondentes ao norte-nordeste brasileiro. (ROMERO; CUNHA, 2006)

O papel dos SIS deve estar aportado de acordo com a carência de cada gestor local, organizando ações executáveis que promovam ponderações constantes das mesmas. Devendo ser um auxílio para tomada de decisões, bem como, desenvolver sistemas específicos relacionados à saúde tendo com base os indicadores. Sendo participante deste processo, a população em geral, todos os executores do SUS, setores governamentais e (Organizações não Governamentais) ONGs. (FERREIRA, 1999)

Através de indicadores de saúde demográficos e socioeconômicos é possível conhecer as condições de vida de um indivíduo. Os SIS utilizam estes indicadores que são ancorados a dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS onde este dissemina as informações eletronicamente por meio do site, sendo de domínio público onde todos possuem a possibilidade de acesso. Permitindo uma melhor acessibilidade aos gestores de modo geral, articulando diversas obras assistenciais. (FRANCO, 2010)

Dentro desta perspectiva, o DATASUS tem como abrangência a informatização das atividades do SUS, utilizando tecnologias adaptadas, sendo efetiva para ações descentralizadas em saúde, tornando-se um viés social, uma vez que, fazem uso destas tecnologias, além de ser disseminador de informações necessárias para gestão em saúde. (BRASIL, 2013a)

Desta forma, os SIS foram sendo operados no país de forma progressiva, sendo nacionalmente disseminado, o que possibilitou analisar a saúde local. Dentre estes sistemas, destacam-se por possuírem relevância epidemiológica: Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS); Sistema de Informações Sobre a Atenção Básica (SIAB) entre outros. Todos estes tem suas fontes lançadas por meio do DATASUS. (BRASIL, 2009)

### 3.3 Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos- SINASC

A partir dos SIS as informações passaram a ser indispensáveis para a gestão em saúde. Em relação à informação sobre nascidos vivos no país, não havia conhecimento preciso desta, pois a principal fonte de dados sobre nascimentos era o registro civil, contudo, não refletia a fidelidade de informações, uma vez que, os partos domiciliares, bem como, a presença de registros atrasados eram fatores contribuintes para o não conhecimento exato de nascimentos. Outro fator determinante era a falta de informações sobre as características maternas, dados da gestação nos quais, estão agregados a um nascimento saudável. (JORGE; LAURENTI; GOLTLIEB, 2007)

Percebeu-se então a carência de informações sobre a realidade dos nascimentos, como também características de mães de nascidos vivos no Brasil. Com isso, foi necessária a padronização de dados e uma homogeneidade destas informações. Para tanto, o Ministério da Saúde criou o Grupo de Estatísticas Vitais do Ministério da Saúde e GEVIMS), o mesmo adotou seminários institucionais em parceria com o Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e secretárias municipais e estaduais a fim de manifestar-se a falta de informações sobre nascimentos. A partir disto, sugeriu-se o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos, o SINASC. (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009)

Ao contrário do SIM, o SINASC teve uma gradual implantação e seu desenvolvimento se deu de maneira informatizada, e já vem apresentando em muitos municípios, desde o ano de 1994, um número maior de registros do que o publicado pelo IBGE com base nos dados de cartório, sendo o primeiro Sistema de Informação em Estatísticas Vitais desenvolvido para microcomputadores. Com instalação simples, possibilitou rotinas de relatórios e de cruzamento de variáveis no acesso aos dados e facilidade na manipulação de informações a nível estadual. O SINASC começava de fato a operar nacionalmente. (BRASIL, 2001)

Oficialmente implantado no Brasil em 1990, o SINASC oferece informações sobre natalidade e indica situações dos nascimentos em todo espaço brasileiro de forma descentralizada nas três esferas de governo. Sendo gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde- SVS/MS, sua implantação ocorreu de forma gradual e está presente em muitos municípios brasileiros desde 1994, possibilitando ser um sistema indicador em saúde, uma vez que, é subsidio para gestores locais planejarem ações específicas. (BRASIL, 2012)

A SVS é gestora a nível nacional do SINASC que através da Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003 regulamenta o fluxo e o período de envio de informações. Sendo de competência dos estados brasileiros a consolidação dos dados, consignaço de fluxo prazos para o envio de dados a nível local, avaliação de dados e divulgação de informações epidemiológicas. Compete aos municípios a coleta bem como, a consolidação de informações, o encaminhamento destes para o estado, a retroalimentação dos dados, assim como divulgar informações e análises epidemiológicas. (BRASIL, 2003)

Sendo uma fonte de grande acuidade de dados, o SINASC é referência no levantamento de informações de cunho territorial, utilizando variáveis para fins epidemiológicos. Com o seu manejo, é possível encontrar informações referentes a condições de vida e de saúde da população, bem como, constitui uma grande ferramenta do ponto de vista geográfico para a análise das diferentes necessidades sociais que merecem assistência distinta. (PREDEBON et al., 2010)

O SINASC torna-se um sistema de grande validade, pois através dele, é possível obter informações acerca de nascimentos, características maternas e dados referentes a gestação, permitindo assim traçar perfis sociodemográfico e epidemiológico de mães e nascidos vivos. (GABANI; SANT'ANNA; ANDRADE, 2010)

Os dados disponíveis pelo SINASC tem por finalidade a obtenção do perfil da população infantil e materna, além de ponderar as informações sobre nascimentos e qualidade por elas geradas por meio da DN, contribuindo para a formulação de indicadores de saúde, estudos epidemiológicos e implementação de medidas para uma melhor condição em saúde. (MASCARENHAS; GOMES, 2011)

A Implantação do SINASC arredou a oportunidade de realizações de estudos baseados nos nascidos vivos e uma melhor caracterização do perfil materno. Tornando-se sua fidedignidade de dados e sua cobertura uma questão prioritária. Sua avaliação quantitativa pode ser realizada por meio de processo comparativo com os dados do registro civil, dados de nascimentos vivos com o número estimados pelo IBGE como também em dados estimados

pelo SIAB em municípios que possuem boa cobertura do Programa Saúde da Família. No que diz respeito a sua avaliação qualitativa, A diz respeito ao preenchimento da DN, em especial, à mensuração da frequência de informação ignorada para cada variável analisada. (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007)

Segundo Primo (2007, p.62) “O SINASC veio atender às necessidades no campo para atenção integral à saúde da mulher e à da criança”.

Atualmente o SINASC está inserido em todos os estados do país e tem suas informações divulgadas pelo site do DATASUS sendo de livre acesso a população. E dispõe de variáveis referentes às características maternas, bem como, do recém-nascido, sendo estas de possível obtenção através de um documento padronizado em todo território brasileiro, a Declaração de Nascidos Vivos (DN), na qual deve ser emitida em hospitais e outros serviços de saúde, e pelo Ministério da saúde. (ROMERO; CUNHA, 2007)

#### 3.4 Declaração de Nascidos Vivos– DN

Para destacar-se a importância da DN é necessário conhecer o conceito de nascido vivo, que segundo o Ministério da Saúde:

É a expulsão ou extração completa, do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação, de um produto de concepção, o qual, depois da separação, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva (BRASIL, 2011, p. 25).

De acordo com o Art. 11 da Portaria nº 116 MS/SVS /2009 e o inciso IV do Art. 10 da Lei nº 8.069 / 1990, todo nascido vivo tem o direito ao registro civil e para a sua lavratura é necessário emitir a DN comprovando o nascimento vivo. Com isso, o uso da DN é disseminado em todo território nacional, com o intuito de não servir apenas para emissão do registro do nascimento no cartório civil, mas que por meio de seu preenchimento é possível conhecer características da qualidade do nascimento do bebê, além de conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães. (VANDERLEI et al., 2010)

Com o SINASC já introduzido no país, foi possível o conhecimento de informações sobre os nascimentos, bem como dados maternos. Estes foram permitidos a partir das variáveis que estão contidas na DN, sendo esta o instrumento piloto de coleta de dados do SINASC. O seu preenchimento e distribuição, são deliberados pelo Ministério da Saúde. (COSTA; FRIAS, 2009)

A DN é padronizada e de uso nacionalmente obrigatório, considerado um documento hábil que deverá ter sua impressão única e numérica apresentando três vias autocopiativas, obedecendo ao que preconiza a Secretária de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (SVS/MS) e é inicialmente distribuída, para as Secretárias Estaduais de Saúde. (BRASIL, 2010)

Pelo que consta no Art. 13 da Portaria nº 116 MS/SVS / 2009, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição dos formulários diretamente ou por meio de suas instâncias regionais, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (BRASIL, 2009)

O preenchimento das vias autocopiativas deve ser realizado minuciosamente com letra legível, evitando-se rasuras. Caso isso ocorra, deve-se fazer ressalva e se não for possível, o jogo da DN deve ser anulado e encaminhado a Secretária Municipal de Saúde. O responsável pelo preenchimento não deve assinar as vias em branco e quando não tiver o conhecimento da informação solicitada, assinalar a opção ignorado, embora que deve-se ao máximo evitar assinalar esta opção. (BRASIL, 2011)

O Ministério da Saúde define os responsáveis pelo preenchimento da DN, no qual pode ser médico, a equipe de enfermagem da área obstétrica ou qualquer outra pessoa devidamente treinada para tal finalidade. Isto depende da rotina da instituição de saúde, importando ter qualidade na obtenção dos dados. (SCHOEPS et al., 2013)

Constituindo-se um instrumento unificado, a DN possui três vias contendo variáveis. As mesmas estão dispersas em oito blocos, a saber, I bloco: Identificação do recém-nascido, II bloco: Local da Ocorrência, III bloco: Variáveis referentes à mãe, IV bloco: Variáveis referentes ao pai, V bloco: Gestação e parto VI bloco: Anomalia congênita, VII bloco: Responsável pelo preenchimento e VIII bloco: Cartório. Em um total de 52 variáveis, preconiza-se o preenchimento correto da DN, com letra legível, evitando erros, rasuras, preenchendo todos os campos, evitando a opção ignorada, desta forma, tornando-a mais precisa e fidedigna em suas informações. (BRASIL, 2011)

O fluxo de dados do SINASC acontece primeiramente através das DN's que são encaminhadas para as maternidades por responsáveis da Secretaria Municipal de Saúde, e ao passo que as DN são preenchidas, uma via desta é levada novamente para a Secretaria Municipal, onde os dados serão analisados e devidamente digitados. Se porventura o responsável pela digitação, encontrar alguma falha no preenchimento ou dado ignorado, é imprescindível que o mesmo entre em contato com a maternidade e/ou hospital, ou até mesmo



envie a DN para melhor revisão de dados, obtendo, desta forma, qualidade das informações. (RODRIGUES et al., 2008)

Segundo o Ministério da Saúde (2011) dependendo de onde ocorreu o nascimento, a DN irá obedecer quatro fluxos de distribuição:

- O primeiro fluxo parte do hospital ou domicílio com assistência hospitalar posterior, o profissional que prestou assistência ao parto hospitalar ou à gestante logo após o parto emitirá três vias, sendo uma a branca que será encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde, a amarela que o pai ou responsável utilizará para lavratura da certidão de nascimento no cartório civil e esta permanece e arquivada no referido local, e a via rosa que é arquivada no prontuário da mãe no estabelecimento de saúde;
- O segundo fluxo se segue quando o parto é realizado em domicílio com assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional. Segue o mesmo fluxo do primeiro diferindo apenas a via rosa que será apresentada na primeira consulta onde a mesma é arquivada no estabelecimento de saúde;
- No terceiro fluxo se segue a partir da realização do parto domiciliar sem assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional, onde através de um oficial de registro do Cartório, a via branca será arquivada no cartório até que funcionário da Secretaria Municipal de Saúde a recolha e arquive, a amarela oficial de registro, arquivada no Cartório após a emissão da Certidão de Nascimento, a via rosa, pai ou responsável legal apresenta na primeira consulta na Unidade de Saúde, onde lá permanece arquivada.
- Já o quarto fluxo é adotado quando existiu algum parto domiciliar de indígena aldeado, com assistência. O profissional de saúde ou parteira tradicional que prestou assistência ao parto domiciliar de indígena aldeado encaminha a via branca para Distrito sanitário especial indígena e será encaminhada para secretaria de saúde onde permanece arquivada. A amarela, o pai ou responsável utiliza na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório de Registro Civil e lá permanece arquivada. A rosa é apresentada durante a primeira consulta pelo pai ou responsável no estabelecimento de saúde onde permanece arquivada.

Segundo o artigo 11, parágrafo 1º da portaria 116 do MS, em casos especiais de registros tardios ou em situações em que não foi possível emitir a DN normal, comumente em casos de crianças que nasceram e depois morreram sem a emissão da DN, é necessário emitir a DN epidemiológica e não a DN normal. A DN epidemiológica se distingue, pois o seu fundo é verde, tem apenas uma via e um único destino, sua distribuição é exclusiva da Secretaria de Saúde, estadual e municipal, o seu preenchimento incumbe aos gestores do

SINASC, não tem numeração identificável e por fim não obedece a nenhum fluxo. (SÃO PAULO, 2008)

Faz-se necessário destacar, a importância da DN a nível nacional uma vez que, pelas variáveis contidas na mesma, pode-se traçar o perfil materno e neonatal, levantando ações e planejamentos em saúde geridos pelos poderes descentralizados. (PEREIRA et al., 2013)

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa consiste em um processo de ações que visam descobrir soluções para determinado problema recorrendo a procedimentos científicos para encontrar respostas para o mesmo. Para esta pesquisa, é obrigatório avaliar se o problema apresenta interesse para a comunidade científica e se constitui um trabalho que irá produzir resultados novos e relevantes para o interesse social. (PRODANOV; FREITAS, 2013)

Partindo desta perspectiva, esta pesquisa trata-se de um estudo de corte retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa e utilizou dados secundários obtidos através do SINASC que caracterizaram o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de nascidos vivos do município de Cajazeiras/PB.

Revelando a importância de um estudo de natureza descritiva que por sua vez, proporcionará uma análise técnica de padronização de dados seguida de uma ordem de observação, interpretação, classificados sem a interferência do pesquisador. (RODRIGUES, 2007)

### 4.2 População e Amostra

A população alvo foram 11.215 mães de nascidos vivos residentes no município de Cajazeiras-PB, que tiveram seus filhos no período de 1999 a 2011 (01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2011). Foi determinado este intervalo de coleta, uma vez que 1999 é considerado o primeiro ano a conter todas as variáveis completas disponíveis no DATASUS e 2011 por ser o último ano no qual foi alimentado com dados o referido sistema, tornando-se o mais recente.

O referido município foi escolhido para o estudo por ser uma macrorregião, abarcando um total de 15 municípios circunvizinhos, compondo a 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba. Assim, será possível contribuir para uma melhor caracterização do perfil sociodemográfico e obstétrico das mães dos nascidos vivos desta região, a fim de estabelecer subsídios para ações voltadas a esta população alvo.

Este município conta com uma maternidade que atende mulheres residentes e das cidades circunvizinhas, por ser cidade polo do sertão paraibano. O município possui uma área

territorial de 566 km<sup>2</sup> e estimativa populacional de 60.612 habitantes; é apontado como 8º mais populoso do Estado e o primeiro de sua microrregião (IBGE, 2013).

#### 4.3 Coleta de Dados

Para obtenção da coleta de dados, foram utilizadas as variáveis maternas contidas na DN, disponibilizadas pelo SINASC/DATASUS no site do Ministério da Saúde. Estas variáveis compõem os blocos III e V da DN. O bloco III possui campos dos números 14 ao 27 que dispõem de dados como: nome da mãe, cartão do SUS, escolaridade e a última serie concluída, ocupação habitual, data de nascimento da mãe, idade, naturalidade da mãe, situação conjugal, raça/cor, residência da mãe, Código de Endereçamento Postal (CEP), bairro/distrito, município e Unidade da Federação (UF), constituído assim características sociodemográficas maternas.

O bloco V possui campos dos números 30 ao 40 que dispõem de variáveis que se destinam a colher informações sobre gestações anteriores e atuais, bem como, informações sobre o parto. As variáveis dispostas nesse bloco são: histórico gestacional (número de gestações anteriores, número de partos vaginais, número de cesáreas, número de nascidos vivos, número de perdas fetais/abortos) gestação atual (data da última menstruação – DUM), número de semanas de gestação se DUM ignorada, número de consultas de pré-natal, mês de gestação em que iniciou o pré-natal, tipo de gravidez, apresentação do parto, se o trabalho de parto foi induzido ou não, tipo de parto, se a cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar e quem assistiu o nascimento, assim constituindo dados gestacionais e obstétricos.

Destes dois blocos supracitados foram coletadas aquelas variáveis que se encontram disponíveis para coleta no site do DATASUS nos anos de 1999 a 2011 que são: idade da mãe, instrução da mãe, estado civil da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto e consulta pré-natal.

As variáveis correspondentes aos dados sociodemográficos foram categorizados da seguinte forma: idade materna (adolescentes - 10 a 19 anos, adultas jovens – 20 a 34 anos, adultas – 35 a 49 anos e ignorados), instrução materna em anos de estudo ( $\leq 3$  anos, 4-11 anos,  $\geq 12$  anos e ignorados), estado civil de mães (com companheiro - casadas e união consensual) e (sem companheiros - solteiras, viúvas, separadas judicialmente). Quanto às características obstétricas: a duração da gestação (< de 37 semanas, 37 a 41 semanas, 42 semanas ou mais e ignorados), tipo de gravidez (única, dupla, tripla ou mais e ignorado), tipo

de parto (vaginal, cesáreo e ignorado) e número de consultas de pré-natal ( $< 7$  consultas,  $\geq 7$  consultas e ignorados).

A coleta de dados realizou-se no mês de janeiro de 2014 diretamente no banco de dados do SINASC/DATASUS. Para tanto, à medida que as variáveis foram extraídas, foram construídas tabelas que permitiu melhor visualização e análise das mesmas.

#### 4.4 Análise dos Dados

Os resultados foram analisados no mês de fevereiro e março de 2014, utilizando o método de estatística descritiva, extraindo dados dos anos de 1999 a 2011 configurando-se as características sociodemográficas e obstétricas de mães de nascidos vivos no município de Cajazeiras –PB. Com base nesta análise estatística, os dados foram transportados para Microsoft Office Excel 2007 para elaboração de tabelas contendo o valor absoluto e percentual das variáveis, em seguida foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

#### 4.5 Disposições Éticas do Estudo

A utilização das informações oriundas do SINASC/DATASUS é de livre acesso a toda população brasileira e as tabulações por eles geradas garantem os princípios éticos contidos na resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), razão pela qual não há necessidade de submissão a um comitê de ética, conforme orientação recebida pela equipe técnica do DATASUS.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos assim como as discussões, serão fracionados em dois itens, sendo o primeiro referente às características sociodemográficas maternas e o segundo correspondente as características obstétricas.

### 5.1 Características sociodemográficas maternas

No período de 1999 a 2011, foram registrados uma média de 863 mães de nascidos vivos por ano, somatizando um total de 11.215 de nascidos vivos no município de Cajazeiras-PB, segundo dados obtidos pelo SINASC/ DATASUS.

Na tabela 1 está representada a idade materna subdividida por faixa etária em anos, iniciando dos 10 aos 49 anos de idade. Verifica-se que a idade materna predominante foi entre 20 a 34 anos correspondendo a 69,0% (7736) das mães de nascidos vivos. Também foram significativas as faixas etárias entre 10 a 19 anos seguidos de 35 a 49 anos, obtendo valores de 22, 3% (2505) e 8,4% (940) respectivamente.

**Tabela 1: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com a idade materna.**

<b>Anos</b>	<b>10-19 anos</b>	<b>20 - 34 anos</b>	<b>35 - 49 anos</b>	<b>Ignorado</b>	<b>TOTAL</b>
1999	225	545	71	25	866
2000	279	717	73	5	1.074
2001	170	524	76	2	772
2002	237	637	84	2	960
2003	171	616	63	0	850
2004	184	515	62	0	761
2005	207	646	72	0	925
2006	160	457	58	0	675
2007	188	640	83	0	911
2008	162	630	77	0	869
2009	165	581	56	0	802
2010	172	629	70	0	871
2011	185	599	95	0	879
<b>TOTAL</b>	<b>2505</b>	<b>7736</b>	<b>940</b>	<b>34</b>	<b>11215</b>
<b>%</b>	<b>22,3%</b>	<b>69,0%</b>	<b>8,4%</b>	<b>0,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: BRASIL, 2013 d.

De acordo com a OMS, a adolescência é caracterizada pelo período de 10 a 19 anos e adultos jovens entre 20 a 34 anos e adultos a partir dos 35 ou mais anos de idade. Os dados referentes à idade materna presentes na tabela 1, identificam que as mães de nascidos vivos no município de Cajazeiras- PB, no período investigado, eram predominantemente consideradas adultas jovens. Considera-se este perfil aceitável para os padrões da melhor idade materna.

Silva e Surita (2009) ressaltam o impacto da idade materna quanto aos seus extremos, que por sua vez, condicionam riscos de efeitos adversos, complicações gestacionais, no parto e perinatais maior do que em relação às mães consideradas adultas jovens. Segundo alguns estudos, o Brasil apresenta números com grande disparidade de faixa etária de mães conforme a região e classe social. Mães mais jovens encontram-se em sua grande maioria nas regiões Norte e Nordeste correspondendo a 30% e menor percentual nas regiões Sul e Sudeste 15%.

Para os autores supracitados, houve um aumento considerável de mães com mais de 35 anos principalmente em países industrializados, o que certamente se explica devido às mudanças de vida e expectativa de mulheres em busca de realizações pessoais e profissionais, resultando em uma gravidez tardia. Principalmente em países em desenvolvimento, esta parcela em sua grande maioria, apresenta riscos obstétricos elevados, bem como, acentuados índices em situações de abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas.

É importante destacar que os resultados apresentados nesta pesquisa convergem com os dados da literatura acima exposta, pois, verifica-se que no município de Cajazeiras-PB, apresentou um expressivo percentual de mães adolescentes de 10 a 19 anos, cerca de 22,3% entre os anos de 1999 a 2011. Os resultados divergem pelo fato de não ter ocorrido um aumento ao longo dos anos, em relação às idades que caracterizam uma gravidez tardia, a saber, de 35 a 49 anos, correspondendo a 8,4%.

Alguns autores relatam que a gravidez na adolescência constitui um dos problemas de saúde reprodutiva mais acentuados refletindo de forma direta na saúde pública. As repercussões da gestação na adolescência, não só afetam a gestante, mas também ao recém-nascido, o que pode ocasionar o risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, anemias, pré-eclâmpsias além do elevado número de parto cesáreos. Entre mães de 15 a 19 anos o risco elevado de ocorrer complicações na hora do parto é duas vezes maior do que jovens adultas maiores de 20 anos e ainda cinco vezes maior em menores de 15 anos, sendo a principal causa de mortalidade materna nesta faixa etária de idade. (SANTOS et al., 2009)

Em um estudo realizado por Gallo (2011), na região norte do país em meados de 2006 a 2007 foi identificado em um total de 4.710 mulheres, 28,7% com idades entre 15 a 19 anos,

6% correspondente a faixa etária dos 20 aos 35 anos e 4,5% de mulheres com mais de 35 anos. Destacando-se o fato de que aproximadamente uma em cada três gestantes está na faixa etária de mães adolescentes.

A gravidez na adolescência é considerada um fator multifatorial para a prematuridade. Martins et al. (2011), observaram em seus estudos uma maior incidência de prematuridade entre mães adolescentes em relação as adultas jovens, atribuindo este resultado relacionados a possíveis questões biológicas relacionadas a imaturidade ginecológica e intra-uterina da mãe.

Os resultados desta pesquisa divergem de dados encontrados por Spindola e Silva (2009), que um estudo com mães que frequentavam o pré-natal, verificou um percentual predominante entre 15 e 17 anos (68,7%). Resultados estes que representam um importante problema de saúde pública.

Vale salientar a faixa etária predominante ao longo dos anos nesta pesquisa, correspondentes a adultas jovens, dados que se aproximam de fontes atuais obtidas pelo IBGE (2011), com redução a todo estado da Paraíba, dentre os quais, 18,4% são mães consideradas adolescentes 15 a 19 anos, 26,8% são mães adultas jovens entre a 20 a 34 anos.

Contudo, considera-se a gravidez na adolescência um problema de saúde pública, para o qual são necessárias ações direcionadas, visando à prevenção da gravidez não planejada e indesejada as quais conduzem ao abortamento, que por sua vez, corroboram para danos físicos e emocionais na adolescente, bem como, o aumento de taxas de mortalidades maternas prevalentes nesta faixa etária de idade.

No que concerne à instrução das mães de nascidos vivos do município Cajazeiras-PB, verifica-se através da tabela 2, a escolaridade dividida em anos de estudos. Observou-se que a taxa prevalente de escolaridade foi de 4 a 11 anos de estudo, correspondente a 54,0% (6059), seguido  $\leq 3$  anos com 34,1% (3825) e  $\geq 12$  anos sendo 6,3% (709).



**Tabela 2: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com a instrução materna.**

<b>Anos</b>	<b>≤ 3 anos</b>	<b>4 -11 anos</b>	<b>≥ 12 anos</b>	<b>Ignorados</b>	<b>TOTAL</b>
1999	258	102	19	487	866
2000	689	326	44	15	1074
2001	491	240	31	10	772
2002	549	362	47	5	963
2003	503	317	28	2	850
2004	224	503	29	5	761
2005	286	580	44	15	925
2006	194	439	33	9	675
2007	180	666	53	12	911
2008	170	627	57	15	869
2009	114	593	84	11	802
2010	96	631	128	16	871
2011	74	673	112	20	879
<b>TOTAL</b>	<b>3825</b>	<b>6059</b>	<b>709</b>	<b>622</b>	<b>11215</b>
<b>%</b>	<b>34,1%</b>	<b>54,0%</b>	<b>6,3%</b>	<b>5,6%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: BRASIL, 2013 d.

Com base nos dados obtidos, é possível constar que os anos de instrução dispostos na pesquisa, são relativos a nenhuma escolaridade e/ou 1º grau incompleto ( $\leq 3$  anos), 1º grau incompleto/completo e/ou 2º incompleto/ ou completo (4 a 11 de estudo) e 2º grau completo e/ou superior incompleto/completo ( $\geq 12$  anos).

Para alguns autores, a instrução materna tem grande relevância no âmbito socioeconômico contemporâneo, por estar diretamente ligada a busca de informações, consumos de bens, direcionamento comportamental em meio social, bem como cuidados com a saúde, o que torna-se uma variável norteadora para comparar a disparidade em saúde, além de avaliar intercorrências gestacionais. (SILVESTRIN et al., 2013)

Um estudo realizado por Silva e Pelloso (2009), vai de encontro aos dados encontrados nesta pesquisa. Ao pesquisar o perfil de mães no estado do Paraná, observaram que o grau instrução predominante das mães era entre 4 a 7 anos (63,4%). Considerado um indicador de condição social, é possível perceber que mães que apresentam baixa escolaridade têm dificuldades no acesso a empregos, bem como melhor posição socioeconômica familiar.

Griz et al. (2010), verificaram em sua pesquisa com mães de nascidos vivos em Pernambuco, a instrução materna correspondente ao 1º grau incompleto. Segundo autores, a

baixa escolaridade se torna influente nos cuidados de saúde e principalmente na gestação, visto que, estas mães, desconhecem os riscos gestacionais e a importância do pré-natal, fato que impede muitas vezes o retorno às consultas proporcionando um pré-natal de má qualidade tendo por consequência complicações obstétricas e perinatais.

Vale salientar que nesta pesquisa a variável  $\leq 3$  anos de anos estudos obteve um percentual significativo cerca de 34,1% referente a uma baixa instrução materna. Aquino et al. (2007), verificaram em seu estudo a baixa escolaridade como um determinante distal contribuinte para mortalidade perinatal, sendo 2,9 vezes maior do que para os nascidos vivos de mulheres com quatro ou mais anos de estudo. A baixa escolaridade materna é apontada como um aspecto que induz a desinformação e maior dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, dentre estes e outros efeitos que por sua vez, influenciam na determinação da mortalidade perinatal.

Os dados expostos na tabela 2 convergem com os dados divulgados pelo IBGE (2012). Segundo a tabela, a instrução materna referente nenhuma e/ou 1º grau incompleto obteve diminuição no percorrer dos anos, em contra partida, a instrução de 4 até 11 anos ou mais de estudo aumentou, o que significa uma redução nas taxas do analfabetismo das mães. Através do censo do IBGE 2010 dos últimos anos (2000-2010) no nordeste, percebeu-se o percentual do nível sem instrução escolar e 1º grau incompleto caiu de 75,9% para 59,1%, ainda considerado pelo IBGE um número significativo para a região, bem como se pode perceber um pequeno aumento de 2,3% para 4,7% em pessoas com pelo menos um curso superior.

Verificou-se que os resultados indicativos a nenhuma escolaridade e/ou 1º grau incompleto reduziram-se ao percorrer dos anos de 1999 a 2011, fato que pode ser explicado devido ao pacto do milênio instituído no ano 2000 objetivando atingir a educação básica universal, e reduzir taxas de analfabetismo no país, por isso, foram realizadas conferências nacionais e internacionais a cerca da educação e houve a criação de programas como Brasil alfabetizado, Educação de Jovens e Adultos- EJA, a fim de garantir uma educação de qualidade a todos brasileiros. (BRASIL, 2014)

Embora a taxa de mães sem escolaridade e/ou 1º grau incompleto tenha reduzido no transcorrer dos anos, seu percentual ainda é considerado excedente para o município (34,1%) principalmente se comparado a mães com 12 ou mais anos de estudos (6,3%), sendo possível caracterizar uma parcela significativa das mães do município de Cajazeiras com baixo nível de escolaridade.

Através dos resultados expostos, foi possível perceber que os índices de instruções das mães de Cajazeiras-PB são semelhantes aos resultados encontrados nas literaturas aqui exibidas e pesquisadas, prevalecendo o número de 4 a 11 anos de estudo.

Ainda é possível perceber um considerável valor na opção ignorado referente a 5,6%, o que pode ser questionado sobre a má qualidade no preenchimento da DN em relação a esta variável materna.

Como foi observado, a instrução materna está diretamente relacionada a fatores de saúde da mulher, como cuidados com a gravidez, parto, mortalidade perinatal, bem como baixo peso ao nascer, e se configura em uma característica necessária para a boa qualidade em saúde. Entretanto para que isto seja possível, faz-se necessário pra o município de Cajazeiras-PB assim como o Brasil, um investimento imensurável na educação brasileira, com vistas a redução das taxas de analfabetismo para que assim seja possível influenciar de forma positiva na saúde.

Com relação ao estado civil das mães, de acordo com a tabela 3, este foi categorizado em com companheiro a compreender (casadas e em união consensual) e sem companheiro (solteiras viúvas e separadas judicialmente). Verificou-se que 60,5% (6782) correspondiam as mães sem companheiro, destas 59,8% eram mães solteiras, 0,3% viúvas e 0,2% separadas judicialmente. Com relações as mães que apresentaram companheiros, foram registradas um total de 33,9% (3803) sendo 30,6% casadas e 3,2%, (369) em união consensual.

**Tabela 3: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o estado civil.**

<b>Anos</b>	<b>Com Companheiro</b>	<b>Sem Companheiro</b>	<b>Ignorado</b>	<b>TOTAL</b>
1999	201	171	488	860
2000	479	576	19	1074
2001	341	428	3	772
2002	365	587	8	960
2003	293	546	11	850
2004	245	504	12	761
2005	293	612	20	925
2006	212	454	9	675
2007	259	641	11	911
2008	247	609	13	869
2009	233	559	10	802
2010	267	591	13	871
2011	362	504	13	879
<b>TOTAL</b>	<b>3803</b>	<b>6782</b>	<b>630</b>	<b>11215</b>
<b>%</b>	<b>33,9%</b>	<b>60,5%</b>	<b>5,6%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: BRASIL, 2013 d.

Dados estes que divergem com os do censo demográfico do IBGE do município pesquisado no ano de 2010, em que, constou-se um número total de 7.710 mães de nascidos vivos dentre estas a maioria tinham companheiro correspondendo a 54, 38% (4133) enquanto que, 45, 61% (3517) não possuíam companheiros.

Os resultados contraditórios da pesquisa podem estar associados ao fato da coleta SINASC/DATASUS ter sido realizada somente com mães residentes do município de Cajazeiras-PB, certamente explica o número reduzido de mães com companheiro em relação ao censo do IBGE, bem como ao valor prevalente de dados ignorados na DN não especificando o estado civil materno.

Em um estudo realizado por Morcillo et al., (2010), concernente a esta temática, verificou-se que o número de mães sem companheiros na cidade de Campinas-SP, aumentou consideravelmente nos anos de 2001 a 2005 com registro de 35,9% para 54,3%.

Ramos e Cuman (2009) verificaram em seu estudo que as mães solteiras mostraram-se prevalentes em cerca de 51%; 37% casadas, 10% em situação conjugal ignorada, 1 % de mães viúvas e 1% em união consensual. Salientando que este percentual de mães solteiras

enfrenta mudanças estruturais, socioeconômicas e culturais por não conviverem com seus companheiros.

Contudo, as condições da gestação assim como a prematuridade de nascidos vivos, estão relacionadas ao estado civil maternos. Marin e Picinini (2009), afirmam que com o passar das décadas, as mulheres ocidentais estão se configurando em chefes de famílias uniparentais sendo a mãe a principal responsável pela gestão e sustento no âmbito familiar, fato este, que pode fazer referência aos números crescentes de divórcios ou até mesmo a opção pela maternidade independente. Esse status pode contribuir ou não para criação dos filhos, para a relação psicossocial e na própria saúde materna.

Autores em um estudo de revisão acerca de mães solteiras, afirmam que em relação à saúde materna, principalmente no que se diz respeito ao parto, as mães solteiras o consideraram uma experiência mais sofrida, se comparada a mães casadas, constituída por medo de enfrentar este momento sozinhas. O que as inclui em um quadro desfavorável refletindo os fatores socioeconômicos e culturais que restringem o acesso integral a assistência na gestação. Além de ser um aspecto atrelado a características obstétricas e perinatais, bem como na relação mãe-filho. (PICININI et al., 2007)

A presença de um companheiro para a mulher geralmente é um fator contribuinte para um melhor estado psíquico no momento gestacional, pelo estabelecimento do afeto entre ambos em relação aos bebês, bem como, no estímulo e no acompanhamento das consultas de pré-natal, além do auxílio no pós-parto e na criação dos filhos. (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010)

Pode-se perceber através da tabela 3, a taxa significativa de dados ignorados significativa 5,6% (630). Em estudo sobre a qualidade da DN, verificou-se que o variável estado civil, apresenta dificuldades no seu preenchimento, fato que pode ser atribuído às opções dispostas nesta variável principalmente referente ao modelo da antiga DN que não possuía a opção união consensual, levando a um aumento da opção ignorado na variável estado civil. (SILVA; AIDAR; MATHIAS, 2011)

Entretanto, é necessário evidenciar que a falta de informações ou até mesmo a má qualidade no preenchimento da DN impede o conhecimento real das características maternas. Para tanto, é necessário o preenchimento correto e preciso da mesma por não tratar-se apenas de um documento padrão, mas uma fonte confiável para gestores capaz de subsidiar ações específicas visando a melhoria na saúde materna.

## 5. 2 Características obstétricas

As características obstétricas foram coletadas a partir do banco de dados oriundos do SINASC/DATASUS ao decorrer dos anos de 1999 a 2011, acomodando as seguintes variáveis: duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto e número de consultas de pré-natal.

Na tabela 4 é apresentado dado alusivo à duração da gestação. Observa-se que as taxas de duração gestacional mais dominante foram de 37 a 41 semanas com percentual de 92,6% (10381), < 37 semanas com 5,4% (600) e 42 semanas ou mais 0,8% (89).

**Tabela 4: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com a duração da gestação.**

Anos	< 37 semanas	37 à 41 semanas	42 ou mais semanas	Ignorado	TOTAL
1999	44	789	26	7	866
2000	45	1.021	2	6	1074
2001	32	736	1	3	772
2002	51	904	3	2	960
2003	32	808	0	10	850
2004	35	716	4	6	761
2005	45	866	2	12	925
2006	36	638	0	1	675
2007	43	853	4	11	911
2008	53	796	5	15	869
2009	50	738	6	8	802
2010	44	808	4	15	871
2011	90	708	32	49	879
TOTAL	600	10381	89	145	11215
%	5,4%	92,6%	0,8%	1,3%	100,0%

Fonte: BRASIL, 2013 d.

De acordo com a classificação da OMS, a duração gestacional dentre < 37 semanas é considerado como pré-termo, de 37 à 41 semanas como a termo e entre 42 ou mais semanas pós-termo. Pode-se perceber através da tabela 4, que o município de Cajazeiras-PB destacou um número mínimo de prematuridade ao longo dos anos.

Diferentemente destes dados, estudo realizado por Gabani, Sant'Anna e Andrade (2010), na cidade de Londrina-PR ressaltou um aumento no percentual de prematuridade iniciando de 5,4% nos anos de (1996-1997) para 9,8% (2006-2007). Os autores associam este aumento a causas estáticas gestacionais como determinação genética mãe-filho, fatores ligados a riscos gestacionais, uso de drogas, diabetes, hipertensão arterial entre outras doenças de base materna. Pode estar associado também a uma assistência pré-natal de baixa qualidade onde não há orientações sobre a importância e continuidade desta no decorrer da gestação, além de falta de informações a cerca da gravidez e suas complicações.

Em estudo semelhante Silveira et al. (2009), verificaram que as taxas de prematuridade na região sul, teve um aumento de 5,4% em 1994 para 7,3% em 2005. Entretanto, na região Nordeste houve uma diminuição de 6% para 5%, embora que na maioria das capitais nordestinas houve um aumento no percentual de prematuridade. Fato este atribuído as maternidades de alta complexidade se concentrarem principalmente nesta nas capitais e por esta razão contabilizam o maior número de prematuridade, além de mães serem notificadas como residentes na capital ou ainda pela boa qualidade no preenchimento da DN.

A etiologia do parto prematuro ainda não é bem conhecida, porém as mais prováveis são relacionadas com causas já supracitadas. Alguns autores o associam a diversos fatores como predisposição genética e estresse vivenciado por mães no pré-natal que por sua vez, através das emoções, liberam substâncias na corrente sanguínea que podem ultrapassar a barreira intrauterina e desencadear o parto pré-termo. (BETTIOL;BARBIERI; SILVA, 2010)

É possível perceber que a idade gestacional é um grande indicador principalmente em saúde neonatal, bem como, na detecção de padrões anormais de crescimento fetal. Neste estudo observou-se que o município de Cajazeiras-PB apontou um excelente percentual em idade gestacional considerada a termo (37 a 41 semanas), o que é um aspecto positivo principalmente para a saúde materna e, sobretudo para os nascidos vivos do município.

No que se refere ao tipo de gravidez, destaca-se na tabela 5 a predominância de gravidez única 97,7% (10957), seguido de gravidez dupla 1,7% (200), tripla ou mais, 0,1% (4).

**Tabela 5: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o tipo de gravidez.**

Anos	Única	Dupla	Tripla ou mais	Ignorada	Total
1999	835	19	2	10	866
2000	1.055	16	1	2	1.074
2001	753	18	0	1	772
2002	941	16	1	2	960
2003	833	15	0	2	850
2004	743	12	0	6	761
2005	908	14	0	3	925
2006	665	9	0	1	675
2007	877	25	0	9	911
2008	841	16	0	12	869
2009	789	11	0	2	802
2010	851	19	0	1	871
2011	866	10	0	3	879
<b>TOTAL</b>	<b>10957</b>	<b>200</b>	<b>4</b>	<b>54</b>	<b>11215</b>
%	97,7%	1,70%	0,01%	0,5%	100,0%

Fonte: BRASIL, 2013 d.

O tipo de gravidez é um indicador de saúde, visto que, riscos e complicações estão associados principalmente a gestações gemelares e múltiplas. Observou-se que o município de cajazeiras, apresentou um número expressivo de gravidez única caracterizando um excelente perfil contribuinte para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

Ramos e Cuman (2009), verificaram em Guarapuava-PR que 95% dos partos foram de gravidez única, enquanto 5% de gravidez dupla. Autores associaram a gemelaridade com um fator de risco para a prematuridade e mortalidade neonatal, e no que se refere à gestação múltipla relataram ser risco e complicações para hipertensão arterial e indicações de parto cesáreo.

Sendo esta associada a causas obstétricas e ao maior risco de morbimortalidade neonatal, a gemelaridade também pode apontar complicações como: abortamento espontâneo, descompensações respiratórias, aumento nos níveis pressóricos, placenta prévia, descolamento precoce da placenta, anomalias congênitas, pielonefrite, transfusão feto fetal e hemorragia pós-parto. (TREVISAN, 2010)

Gravidez gemelares e múltiplas são consideradas um maior risco para a prematuridade e esta por sua vez, é a maior causa de mortalidade entre crianças, baixo peso ao nascer, fetos



pequenos para a idade gestacional, maior incidência de morte neonatal, dificuldades e distúrbios comportamentais, além de resultar em maiores índices de interrupção por cesáreas, expondo a mãe a riscos cirúrgicos, hemorrágicas, anestesia entre outros. (CARDIM et al., 2005)

Quanto à caracterização obstétrica de mães através do tipo de parto foi possível perceber na tabela 6, que houve a predominância de mães que tiveram seus filhos por via vaginal correspondendo a 59,9% (5933), 46,6% (5228) por parto cesáreo e 0,5 % (54) foram ignorados.

**Tabela 6: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o tipo de parto.**

<b>Anos</b>	<b>Vaginal</b>	<b>Cesário</b>	<b>Ignorado</b>	<b>TOTAL</b>
1999	599	264	3	866
2000	733	337	4	1.074
2001	528	242	2	772
2002	634	325	1	960
2003	523	323	4	850
2004	457	298	6	761
2005	529	394	2	925
2006	330	342	3	675
2007	364	543	4	911
2008	337	525	7	869
2009	309	487	6	802
2010	305	565	1	871
2011	285	583	11	879
<b>TOTAL</b>	<b>5933</b>	<b>5228</b>	<b>54</b>	<b>11215</b>
<b>%</b>	<b>52,9%</b>	<b>46,6%</b>	<b>0,5%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: BRASIL, 2013 d.

Pode-se perceber através da tabela acima o percentual prevalente de partos por via vaginal, contudo seu número decaiu a partir do ano de 2005, ao passo que o cesáreo aumentou.

Corroborando os resultados apresentados, estudo realizado em Florianópolis-SC, verificou um valor referente a 32,6% de partos cesáreos de um total de 7.243 nascimentos investigados, fato que pode ser explicado por fatores socioeconômicos e demográficos (idade e escolaridade), história obstétrica, características na admissão na hora do parto (dilatação, idade gestacional e apresentação), patologias, eventos institucionais como o turno de trabalho, uso de ocitocina, e perfil do profissional obstetra. (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009)

Os valores apresentados no estudo acima divergem ao estudo realizado por Osava et al. (2011), com um total de 2.441 nascimentos no ano de 2005, em que verificou-se uma taxa de 14,9 % referente a parto cesáreo, estando este percentual dentro dos parâmetros recomendados pela OMS.

O aumento de partos cesáreos é uma realidade em todo mundo. Segundo a OMS, para uma melhor assistência na hora do parto deve-se preconizar a segurança das mães e de seus filhos, sendo necessário o mínimo de intervenções médicas, bem como, manter as taxas ideais de partos cesarianos de um país se entre 10% a 15%. Entretanto essas taxas aumentaram em vários países, relacionados a questões patológicas de saúde maternas e fetais e são agregadas a contextos sociodemográficos e socioculturais. (PATAH; MALIK, 2011)

Os altos índices de partos cesáreos estão intimamente relacionados à saúde da mãe e recém-nascidos. As suas consequências são evidentes se ocasionam principalmente o aumento de morbimortalidade materna e infantil, associados a infecções puerperais e ao aumento de taxas de prematuridade. É considerado um aprazo no que se refere à recuperação pós-parto, um indicador de maior permanência de internação hospitalar alavancando o risco de infecções e também um empecilho ao início da amamentação, além de implicarem maiores custos para o sistema de saúde. (MANDARINO et al., 2009)

Em relação aos fatores de risco para a indicação a cesárea, através de um estudo realizado na cidade de Campinas-SP, percebeu-se que mulheres em melhor situação socioeconômica apresentam mais chances de indicação de partos cesáreos. No estudo a frequência de indicação contínua para partos cesáreos ocorria em mulheres jovens adultas, com nível de escolaridade acima de 11 anos de estudo, com estabilidade financeira, apresentando números de consultas de pré-natal adequados e possuíam melhores índices de condições de vida. (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007)

O tipo de parto relaciona-se muitas vezes com a preferência das gestantes. Um estudo realizado com 40 mulheres mostrou que 75% delas relataram preferir o parto normal, enquanto 15% o parto cesáreo e 10% não tinham preferência. Os motivos que levaram estas mulheres a escolherem o parto normal foram rápida recuperação, e por acharem ser uma melhor escolha para elas mesmas e seus bebês. Enquanto as que referiram escolher parto cesáreo, acreditaram serem mais tranquilas pela diminuição de dor e sofrimento pré-parto. (MELCHIORI et al., 2009)

O parto cesáreo além de aumentar o risco da mortalidade para mães e recém-nascidos, interfere também nas taxas de prematuridade. Neste sentido, Cascaes et al. (2008), verificou em seu estudo que a prematuridade ocorreu com maior frequência em mulheres que realizaram

cesáreas (6,6%) quando comparados aquelas que tiveram partos por via vaginal (5,6%). Associaram-se estes resultados a preferência das mulheres por optarem não sentirem dor na hora do parto, preservar a anatomia e fisiologia vaginal e do períneo e o perfil de seu obstetra em realizar partos cesáreos.

O Parto normal apresenta inúmeras vantagens em relação ao parto cesáreo, principalmente o que se diz respeito à saúde materna pelos índices menores de infecções, hemorragias, recuperação mais rápida, que por sua vez, proporcionará, um melhor vínculo mãe-bebê uma melhor lactação, também por favorecer as puérperas menos tempo de internação hospitalar e principalmente pela diminuição da morbimortalidade. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011)

Porém, observou-se neste estudo, que embora tenha ocorrido a predominância de partos normais cerca de (52,9%) e que a taxa de partos cesáreo fosse menor (46,6%), esta por sua vez, não corresponde aos índices preconizados pela OMS, os quais variam de 13% a 15%. O que pode indicar um grande risco a morbimortalidade materna para esta região em especial.

No que concerne ao número de consultas de pré-natal, paramelhor organização dos dados, esta variável foi categorizada da seguinte forma: <7 consultas de pre-natal e  $\geq 7$  consultas. Percebeu-se que a maioria das mães de nascidos vivos realizou o equivalente a menos de sete consultas de pré-natal 56,2% (6312), conforme expresso na tabela 7.

**Tabela 7: Distribuição de mães de nascidos vivos, de acordo com o número de consultas de pré-natal.**

Anos	< 7 consultas	≥ 7 consultas	ignorado	TOTAL
1999	484	345	37	866
2000	802	264	8	1074
2001	565	205	2	772
2002	661	296	3	960
2003	497	346	7	850
2004	326	426	9	761
2005	485	431	9	925
2006	373	299	3	675
2007	520	379	12	911
2008	469	390	10	869
2009	430	357	15	802
2010	416	438	17	871
2011	284	589	6	879
TOTAL	6312	4765	138	11215
%	56,3%	42,5%	1,2%	100,0%

Fonte: BRASIL, 2013 d.

Para o Ministério da Saúde toda gestante deve-se fazer no mínimo seis consultas de pré-natal durante todo o período gravídico, com o intuito de acompanhamento e verificação de riscos e complicações que porventura venham surgir durante a gravidez a fim de proporcionar benefícios a saúde materna e infantil. Com isso é possível perceber que a tabela 7 apresentou um percentual de números de consulta de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2005)

Resultados encontrados em estudo de Gurgel et al. (2009), na cidade de Aracaju-SE, no qual verificou-se um percentual de 64,5% de mães que realizavam mais de seis consultas de pré-natal. Diferentemente de estudos realizados por Santos et al.(2009) com adolescentes, em que constatou-se um percentual de 28,12% de mães com mais de 6 consultas.

O número da cobertura de assistência de pré-natal no Brasil teve um aumento significativo nos últimos 15 anos, contribuindo para melhores resultados ao final da gestação, prevenção de morbimortalidade materna e perinatal, no diagnóstico de doenças como sífilis, AIDS, hepatites B, rubéola, toxoplasmose, anemia, bem como no tratamento de diabetes

gestacional e hipertensão arterial e demais intercorrências relacionadas à gestação. (DOMINGUES et al., 2012)

Para uma gestação com segurança e qualidade em saúde, deve-se ter além de um número consultas de pré-natal satisfatório, realizar acompanhamento no decorrer da gravidez visando à redução da mortalidade materna e perinatal. A assistência tem como ações: orientações, investigações, buscando tornar mínimos os riscos ou reconhecer-los precocemente evitando mortes maternas e intercorrências que possam acometer também o recém-nascido. (CAVALCANTE et al., 2011)

O acompanhamento do pré-natal deve ser realizado prioritariamente por enfermeiros e médicos da atenção básica, que por sua vez, estabelecem vínculos, organizam prontuários agendamento para próximas consultas, palestras, exames e procedimentos terapêuticos. Desta forma, é essencial que o cartão destas consultas acompanhe a mãe até o momento do parto, com o intuito de oferecer informações das mães e filhos para o profissional a fim de reduzir riscos para ambos, além de repetir exames e procedimentos desnecessários. (SANTOS NETO et al., 2012)

O número de inadequado de consultas de pré-natal poderá influenciar um baixo peso ao nascer em recém-nascidos. Estudo com mães adolescentes verificou que há uma nítida associação com número inadequado de consultas do pré-natal com o baixo peso ao nascer, possuindo os bebês três vezes maiores chance de nascerem com baixo peso do que em mães que realizam pelo menos seis consultas. (HELENA et al., 2008)

Para uma melhor saúde de mães de bebês é necessário uma boa assistência de pré-natal. A mãe deve realizar uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas consultas no segundo e três consultas no terceiro trimestre totalizando um número mínimo de seis consultas de pré-natal.

O pré-natal é antes de tudo um serviço em saúde oferecido a toda e qualquer gestante além de ser necessário para prevenção e tratamento de doenças e suas complicações. Ainda é o momento em que a mãe tem a possibilidade de aprender sobre e si e seu bebê.

É importante destacar que as mães do município de Cajazeiras-PB, obtiveram um percentual prevalente ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto torna-se questionável este percentual, haja vista que por ser um número referente a  $> 7$  consultas de pré-natal, estão incluídas mulheres que nunca realizaram sequer uma consulta e/ou mulheres que realizaram menos de 6 consultas se configurando num valor predominante ao número mínimo de consultas. Portanto, faz-se necessário uma melhor cobertura de pré-natal para o município, e para que isto seja alcançado, é preciso para os gestores locais planejarem e

realizarem ações que garantam o atendimento de grupos de gestantes, promover um pré-natal baseados no multiprofissionalismo (enfermeiro, médicos obstetras e ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas), além de implantação de ações e políticas públicas que promovam a intersetorialidade e o bem-estar coletivo, garantindo assim, uma melhor cobertura de pré-natal.

## 6 CONCLUSÃO

A morbimortalidade materna constitui-se um desafio para a saúde pública, principalmente em vista da redução destas taxas de que afrontam cada vez mais esse gênero em especial. Seus riscos estão relacionados a fatores sociodemográficos, socioculturais, a complicações gestacionais, parto e puerpério. Sendo necessárias ações e políticas específicas para uma melhor gestão e vigilância em saúde.

Esta pesquisa aborda a temática SINASC centrada nas variáveis maternas presentes na DN do município de Cajazeiras-PB, na qual, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de nascidos vivos com o intuito de apresentar as principais características relacionadas com os riscos de morbimortalidade materna.

Considerando os objetivos propostos para o desenvolvimento deste estudo, os resultados permitiram concluir que em relação às características sócio-demográficas, verificou-se predominância de mães adultas jovens, com escolaridade ente 4 a 11 anos de estudo, em sua grande maioria sem a presença de companheiro. No que diz respeito às características obstétricas constatou-se a prevalência de mães que tiveram seus filhos a termo, com tipo de gravidez única, parto por via vaginal e realizaram o número referente a menos de 7 consultas de pré-natal.

Os resultados apresentados revelam dados preocupantes relativos às variáveis instrução da mãe e tipo de parto, uma vez que verificou-se um número significativo de mães com baixa escolaridade e com um número de partos cesáreos acima do que é preconizado pela OMS, características essas que estão ligadas com o risco de morbimortalidade materna.

Para tanto, entende-se que esses resultados devem servir de subsídio para formulação e implantação de ações capazes de trazer mudanças favoráveis a melhor qualidade de vida e de saúde, sendo uma competência administrativa municipal, para o qual deve ter como alvo a saúde materna e infantil.

Faz-se necessário afirmar que os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados na medida em que foi plausível identificar todas as características maternas através do SINASC/DATASUS, e confrontar com os pressupostos apresentados, percebendo-se determinadas distinções. Contudo, revelam ser necessárias e indispensáveis para o conhecimento do gestor local, pois se entende que o planejamento da assistência deve subsidiar-se de dados epidemiológicos sistematizados como fundamentais ao processo decisório.

Nesse caso, o SINASC através da DN, fornece dados, a fim de que os profissionais e gestores possam refletir, planejar e implementar as ações preventivas que contribuirão para o planejamento da assistência com qualidade, bem como humanizada para o binômio mãe-filho.

Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico das mães de nascidos vivos do município de Cajazeiras-PB, o qual servirá de embasamento para construção de identificadores de saúde materna, subsidiando desta forma o planejamento de ações para este grupo específico de atenção, tendo como meta a redução dos riscos de morbimortalidade e conseqüentemente, qualidade em saúde para as crianças.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F; ALENCAR, G. P ; SCHOEPS, D. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc: Uma Avaliação de sua Trajetória. **In: A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil.** Brasília, v.1, p. 12-14, 2009.

ALMEIDA, M. F; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Informe epidemiológico do SUS.** São Paulo, v. 9. n. 4, p. 241-49, out./dez. 2000. Disponível em:<<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/iesus/v9n4/pdf/v9n4a03.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014

ALMEIDA, M. F; SILVA, Z. P. **Sistema de informações em saúde histórico**, 2012. Disponível

em:<[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/Sistemas\\_de\\_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf)> Acesso em: 02 dez. 2013.

AQUINO, T. A et al. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p. 2853-61, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/05.pdf>>. Acesso em: 08 mar.2014.

BETTIOL, H; BARBIERI, M. A; SILVA, A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.57-60.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n2/v32n2a01.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Objetivos do milênio: **Oferecer educação básica de qualidade para todos**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/sitemap>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS**. Brasília, 2013a, Disponível: em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Melhorar a saúde materna**. Brasília, 2013b. Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35177](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35177)>. Acesso em: 01 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação em Saúde**, 2013c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1584](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1584)>. Acesso em: 28 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Tabnet.Datasus.Informações em Saúde**. Brasília, 2013 d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de informação informática em saúde.** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.isc.ufba.br/arquivos/2012/Politica\\_Nacional\\_de\\_Informacao\\_e\\_Informatica\\_em\\_Saude.pdf](http://www.isc.ufba.br/arquivos/2012/Politica_Nacional_de_Informacao_e_Informatica_em_Saude.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre nascidos vivos- SINASC.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/cgiae/sinasc/>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de instrução para o preenchimento da declaração de nascidos vivos.** Brasília, 2011. Disponível em: <[http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual\\_Instr\\_Preench\\_DN\\_2011\\_jan.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DN_2011_jan.pdf)>. Acesso em: 03 dez. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Declaração de nascidos vivos é emitida após parto.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-ejustica/2012/06/declaracao-de-nascido-vivo-e-emitida-apos-o-parto>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil.** Brasília, v.1, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Guia de vigilância e epidemiologia do óbito materno.** 7. ed. Brasília. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância e Saúde. **Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.** Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116\\_11\\_02\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html)>. Acesso em: 06 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portaria nº 1.067/ de 4 de julho de 2005. Institui a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Brasília. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico.** Brasília. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral a saúde da mulher: bases de uma ação programática.** Brasília. Política nacional de atenção integral a saúde da mulher princípios e diretrizes. Brasília. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003. **Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM e sobre Nascidos Vivos - SINASC.** 2003. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/legislacoes/svs/13567-20.html>>. Acesso em 09 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **FUNASA: Manual de procedimentos do sistema sobre nascidos vivos**. Brasília. 2001. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema\\_Informacao/Sinasc/Manual\\_de\\_normas\\_e\\_preenchimento\\_da\\_dn.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sinasc/Manual_de_normas_e_preenchimento_da_dn.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2014.

CARDIM, H. J. P et al. Análise retrospectiva das gestações múltiplas no Hospital Universitário Regional de Maringá no período de janeiro de 2000 a julho de 2003. **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 57-61. 2005. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/about/contact>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CARNIEL, E. F; ZANOLLI, M. L; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p.34-40, jan.2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a06v29n1.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

CASCAES, A. M et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5. p.1024-1032, mai. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000500009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000500009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 mar. 2014.

CARVALHO, A. O; EDUARDO, M. B. P. **Cidadania & saúde: sistemas de informação em saúde para municípios**.v. 6. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. Disponível em:<<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/car001.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

COSTA, J. M. B. S; FRIAS P. G. Avaliação da completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 613-24, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000300016&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000300016&lng=pt)>. Acesso em: 05 dez. 2013.

CAVALCANTE, S. O et al. Atenção pré-natal no município de Rio Branco, Acre: inquérito de base populacional, 2007-2008. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n. 3, p.661-75, jul./set. 2011. . Disponível em:<<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M et al .Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.425-37, mar. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003)>. Acesso em: 12 mar. 2014.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de informação em saúde: conceitos fundamentais e organizações. In: **Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde** – NESCON/FM/UFMG, abril 1999. Disponível em:<[www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2013.

FRANCO, J. L. F. **Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação**. 2010. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_8.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_8.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2013.

GABANI, F. L.; SANT'ANNA F. H. M.; ANDRADE S. M. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do sinasc, 1994 a 2007. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v.9, n.2, p.205-13, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6903>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

GALLO, J. H.S. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. **Rev. Bioét**, Brasília, v.19, n.1, p. 179 – 95. 2011. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/614/631](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/614/631)>. Acesso em: 06 mar.2014.

GRIZ, S.M. S et al .Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal.**Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, São Paulo,v.15, n.2, p. 179-83.2010.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 08 mar.2014.

GUERGEL, R. Q et al. Características das gestações, partos e recém –nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.9, n. 2, p. 167-77, abr./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000200006&script=sci_arttext)>.Acesso em: 12 mar. 2014.

HELENA, G et al, Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer.**Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 30, n.5, p. 224-31. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a04v30n5>>. Acesso em 12 mar. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@ Cajazeiras – PB: dados básicos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Estatísticas do Registro Civil 2011. Tabelas (em formato pdf)**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2011/default\\_pdf\\_vivos.shm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2011/default_pdf_vivos.shm)>. Acesso em: 06 mar.2014.

\_\_\_\_\_. **Cidades@ Cajazeiras – PB: censo demográfico 2010: resultados da amostra – fecundidade**, Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250370&idtema=96&search=paraiba|cajazeiras|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-fecundidade>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Sala de imprensa: censo 2010**. 2012. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2125>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

JORGE, M. H. P. M; LAURENTI, R; GOLTLIEB. S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc.**

**saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 643-54, mai./jun.2007.Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

LONGO, C. S. M; ANDRAUS, L. M. S; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr.Enf**, Goiânia, v.12, n.2, p. 386-91, abr./jun. 2010. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

LOPES. C. V et al. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p.77-83, jan./mar. 2011. Disponível em:<<http://www2.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/45/29>>. Acesso em: 06 jan.2014.

LOUREIRO, S. **Sistema único de informação em saúde? integração dos dados da assistência suplementar à saúde ao sistema SUS. 2003.** Disponível em:<[http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/documentostecnicos/EAoperacaodosetor/02\\_SLoureiro\\_IntegracaoDados.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAoperacaodosetor/02_SLoureiro_IntegracaoDados.pdf)>. Acesso em: 07 jan. 2014.

MANDARINO, N. R et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1024-32, maio. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

MARIN, A; PICCININI, C. A. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 422-29, out./dez. 2009. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=643527&indexSearch=ID>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

MARINHO, A. C. N; PAES. N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Revista esc. enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.3, p. 732-8, set.2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/26.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

MARTINS, M. G et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade.**Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 33, n.11, p.354-60, nov. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032011001100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100006)>. Acesso em: 06 mar.2014.

MASCARENHAS, M. D. M; GOMES, K. R. O. Confiabilidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Teresina, estado do Piauí, Brasil – 2002. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 1233-39. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700055&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700055&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 jan.2014.

MELCHIORI, L. E et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano.**Interação Psicol**, Curitiba,v.13, n.1, p. 13-23, jan./jun.2009.Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=542462&indexSearch=ID>>.Acesso em: 12 mar. 2014.

MERIGHI, B. A. M; GUALDA, R. M. D. O cuidado da saúde materna no Brasil e o regate do ensino de obstetras para assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.2, p. 265-70. mar./abril. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000200020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000200020&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 06 jan. 2014.

MORCILLO, A. M et al. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v.28, n. 3, p.269-75, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822010000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822010000300003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 mar. 2014.

MORENO, A. B; COELI, C. M; MUNCK, S. Informação em saúde. In: I. B; LIMA, J. C. F (Org). **Dicionário da educação em Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>>. Acesso em: 29 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)**. 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, p. 143, 1998.

OSAVA, R. H et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p. 1036-43, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2412.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

PADILHA, J. F et al. Caracterização da saúde materna em Santa Maria, rs. 2005-2009. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.2, n.1, p.80, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4082/3129>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

PATAH, L. E. M; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p.185-94, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000100021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000100021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 mar. 2014.

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2730, out. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012001000021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012001000021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 out. 2013.

PEREIRA, C. C B et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v.13, n.1, p. 40, jan./março. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292013000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292013000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 out. 2013.

PICCININI, C. A. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. **Estud. Psicol**, Natal, v.12, n.2, p.109-17. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2007000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2007000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 07 mar. 2014.

PREDEBON, K. M et al. Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.8. p.1583-94, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/12.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

PRIMO, C. C; AMORIM, M. H. C; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **R Enfermagem UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 161-70, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a02.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v.11, n.4, p. 415-25, out./dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400008)>. Acesso em: 10 mar. 2013.

PRODANOV, C. C; FREITAS E. C. Metodologia do trabalho científico: **métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo (RS): Feevale, 2013. 275 p. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad1538f3aef538/Ebook%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

QUEIROZ, M. V. O et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 478-87, jul./set.2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 dez. 2013.

RAMOS, H. A. C; CUMAN, R.K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 297-304. abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

RODRIGUES, C. G et al. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. **In: Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, realizado em Caxambu –MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**, 2007 Disponível em: <[http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/64878127/Willian%20Costa%20Rodrigues\\_metodologia\\_cientifica.pdf](http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/64878127/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2013.

ROMERO, D. E; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.701-14, mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028)>. Acesso em: 05 dez. 2013.

ROMERO, D. E; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registradas no sistema de informações do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 673-681, mar. 2006.

Disponível

em:<<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000300022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000300022&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 jan. 2014.

SAKAE, T. M; FREITAS P. F; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-80, maio./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011)>. Acesso em: 11 mar. 2014.

SANTOS, A. L; RADOVANOVIC, C. A. T; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rev. Rene**, v.11, número especial, p. 61-71. 2010. Disponível em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/461>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

SANTOS, G. H. N et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p. 326-34. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

SANTOS NETO, E. T. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 256-66, fev. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2012000200005&script=sci\\_arttext&tln g=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2012000200005&script=sci_arttext&tln g=p)>. Acesso em: 13 mar. 2014.

SÃO PAULO (Cap). **Sistema de informações sobre nascidos vivos-sinasc**. São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/sinasc/manual\\_DN\\_SP.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/sinasc/manual_DN_SP.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2013.

SCHOEPS, D et al. SIM e SINASC: representação social de enfermeiros e profissionais de setores administrativos que atuam em hospitais no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1480- 92, maio. 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500034)>. Acesso em: 11 jan. 2014.

SILVA, J.L. C. P; SURITA. F.G. C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.31. n.7, p.321-25. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf>>. Acesso em: 06 mar.2014.

SILVA, G. F; AIDAR. T; MATHIAS, T. A. F. Qualidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos no Estado do Paraná, 2000 a 2005. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n. 1, p. 79-86. 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342011000100011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342011000100011&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 07 mar. 2014.

SILVA, G. S; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos em um hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.1, p. 95-102, mar. 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 mar. 2014.



SILVEIRA, F. J. F; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 69-77, jan.2006. Disponível em:<<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-420290>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

SILVESTRIN, S et al. Grau de escolaridade materna e baixo peso ao nascer: uma meta-análise. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v.89, n.4, p. 39-45. jul./ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000400004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 mar. 2014.

SOARES, V. M. Net al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.34, n.12, p. 536-44, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032012001200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032012001200002&script=sci_arttext)> . Acesso em: 06 jan. 2014.

SOUSA, M. H et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v.6, n.2 p. 161-68, abr./jun.2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S151938292006000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S151938292006000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 13 mar. 2014.

SOUZA, L. H et al. Características e resultados perinatais das gestações gemelares (1998-2007). **Rev. AMRIGS**, v.3, n. 2, p. 150-55, abr./jun. 2009. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=522358&indexSearch=ID>>.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev. Bras. Ginecol.Obstet**, Rio de Janeiro, v.33, n.10, p. 237-9. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/01.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

SOUZA, J. P.et al. Assistência obstétrica e complicações graves da gestação da America latina e caribe: análise das informações obtidas a partir de inquéritos demográficos de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.21, n.6, p. 396-401, jun. 2007. Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S10204989200700050000](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989200700050000)>. Acesso em: 06 jan. 2014.

SPINDOLA,T; SILVA,L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery RevEnferm**,Rio de Janeiro, v. 13, n. 1,p.99-107.jan./mar. 2009.Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000100014&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000100014&script=sci_abstract)>. Acesso em: 07 mar. 2014.

TREVISAN, S. V. **Vitalidade em gestação múltipla**. 2010, Joinville. Disponível em: <<http://www.fetusestudios.com.br/yearbook/pdfs/2010/simone-trevisan.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

VANDERLEI, L. C. M et al.Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v.10,n.4,

p. 449-58, out./dez. 2010. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000400005)>.  
Acesso em: 12 jan. 2014.

VICTORA, C. G et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** 2011.  
Disponível em:  
<[http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI\\_documento\\_saude%20no%20brasil%20cap%2002.pdf](http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI_documento_saude%20no%20brasil%20cap%2002.pdf)>. Acesso em: 02 dez. 2013.

XIMENES NETO, F. R. Get al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.61, n.5, p. 595-602, set./out. 2008.  
Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00>>. Acesso em: 06 de jan. 2014.