

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

MÔNICA BORBA DA SILVA

**PERFIL DE NASCIMENTOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO, 2011 A 2015**

CARUARU

2018

MÔNICA BORBA DA SILVA

**PERFIL DE NASCIMENTOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO, 2011 A 2015**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, na modalidade de artigo, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador (a):

Prof(a). Ms (a): Conceição Maciel

CARUARU

2018

Sumário

INTRODUÇÃO	6
METODOLOGIA	8
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	11
CONCLUSÃO	16

**PERFIL DE NASCIMENTOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO,
2011 A 2015**

PROFILE OF BIRTHS OF A PERNAMBUCO HEALTH REGION, 2011 TO 2015

Mônica Borba da Silva¹, Maria da Conceição Carvalho Maciel²

1. Silva MB. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Integral de Patos (FIP). Recife, PE, Brasil. monicaborbas@hotmail.com

2. Maciel MCC. Assistente Social. Mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar pela Universidade Gama Filho.

Autor para correspondência

Maria Conceição Carvalho Maciel

IV- Regional de Saúde de Caruaru (Vigilância Epidemiológica)

Rua Estilac Leal, SN, Salgado- Caruaru-PE

CEP: 55018-610

Telefone: (81): 37199298

E-mail: epi04geres@gmail.com.br

RESUMO

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado no Brasil com o objetivo de coletar e processar dados demográficos e epidemiológicos sobre o recém-nascido, a mãe, o pré-natal e o parto. **Objetivo:** caracterizar e analisar perfil epidemiológico de nascimentos na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco, do período de 2011 a 2015. **Metodologia:** Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, utilizando a base de dados secundária do SINASC. **Resultados:** Mães adolescentes (22,37%); maioria das mães solteiras (39,67%); 62,18% das mães com sete ou mais consultas de pré-natal; houve predomínio de cesáreas (54,60%); 7,64% de baixo peso ao nascer e índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minuto em 89,44% e 97,44% dos nascimentos, respectivamente. **Conclusão:** O estudo permitiu caracterizar e analisar a população materna-infantil da IV regional de Saúde de Pernambuco, e desse modo, contribuir no planejamento de ações voltadas para esse grupo.

Palavras-chave: Nascimento Vivo, Perfil de Saúde, Saúde Materno-infantil, Sistemas de Informação.

The Information System on Live Births (SINASC) was implemented in Brazil with the objective of collecting and processing demographic and epidemiological data on the newborn, mother, prenatal and delivery. **Objective:** to characterize and analyze the epidemiological profile of births in the IV Health Region of the State of Pernambuco, from the period of 2011 to 2015. **Methodology:** This is a descriptive, retrospective, epidemiological study of a quantitative approach, using the secondary database of SINASC. **Results:** Adolescent Mothers (22.37%), most single mothers (39.67%), 62.18% of mothers with seven or more prenatal visits had a predominance of caesarean sections (54.60%), 7, 64% of low birth weight and an Apgar score of more than seven in the first and fifth minutes in 89.44% and 97.44% of births. **Conclusion:** The study allowed to characterize and analyze the maternal and infant population of the Pernambuco Health Region IV, and, thus, contribute to the planning of actions aimed at this group.

Key words: Live birth, Health profile, Maternal and infant health e Information systems.

INTRODUÇÃO

O nascimento é um evento vital de grande importância para saúde pública, visto que o conhecimento acerca dos nascidos vivos é fundamental para a construção de indicadores que refletem o nível de saúde da população.¹

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são ferramentas importantes para conhecer a realidade, pois os dados produzidos por eles além de permitir análises epidemiológicas, subsidiam também decisões para a construção de política, planejamento, monitoramento e avaliação de programas de saúde.^{2,3}

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado no Brasil em 1990 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de coletar e processar dados demográficos e epidemiológicos sobre o recém-nascido, a mãe, o pré-natal e o parto.⁴ Antes de sua criação, os registros de nascimento estavam baseados exclusivamente no Sistema de Registro Civil, que compreendia apenas os nascimentos informados em cartórios, apresentando níveis significativos de sub-registro, não refletindo a realidade.^{5,2}

O SINASC começou a ser implantado gradativamente a partir de 1990, mas somente em 1998 apresentava-se implantado em toda Unidade Federativa.³ A alimentação desse sistema é realizada através da digitação das Declarações de Nascido Vivo (DNV), documento padronizado em todo território nacional que permite obter perfil epidemiológico dos nascimentos de acordo com variáveis como: sexo, peso ao nascer, idade gestacional, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos, entre outras.^{6,5}

A DNV é impressa em três vias autocopiativas de cores diferentes e sequências numéricas únicas, sendo a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde responsável pela impressão e distribuição dos formulários para Secretarias Estaduais de Saúde. Estas, por sua vez, disponibilizam as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio das suas instâncias

Regionais de Saúde. A Vigilância em Saúde Municipal é a responsável pelo fornecimento e controle dos formulários de DNV para as unidades notificadoras.⁴

A emissão da DNV é obrigatória em estabelecimentos e serviços de saúde que realizam partos, e o preenchimento de suas informações deve ser realizado por profissional responsável pela assistência ao parto ou ao recém-nascido. Esta obrigatoriedade na emissão também é válida para cartórios de Registro Civil, em situações de partos domiciliares sem assistência.⁷ Os dados coletados pelas DNV, quando inseridos no SINASC, tornam-se disponíveis para população através da página do DATASUS com atualização das publicações a cada dois anos.⁵

Por meio das informações contidas no SINASC é possível conhecer as características dos nascidos vivos e das parturientes, bem como as condições referentes aos nascimentos de todo o país, uma vez que o sistema viabiliza o acesso a um banco de dados fidedigno, de maneira estratificada e coerente com as necessidades de conhecimento da realidade das populações em nível municipal, estadual e federal.

Além disso, a compreensão das informações sobre os nascidos vivos é indispensável para gestores da saúde, por direcionar políticas públicas e dar subsídios para o planejamento de ações de saúde relacionadas à mulher e à criança, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.⁸

Diante destes pressupostos, a realização do presente estudo teve como objetivo caracterizar e analisar perfil epidemiológico de nascimentos na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco, do período de 2011 a 2015, através da análise dos dados secundários do SINASC disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, que tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos nascimentos na IV Regional de Saúde de Pernambuco no período compreendido entre 2011 e 2015, buscando identificar características epidemiológicas dos nascidos vivos e das parturientes.

Segundo o Ministério da Saúde, uma região de Saúde compreende um espaço geográfico contínuo, composto por municípios limítrofes delimitadas considerando identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.⁹

A amostra deste estudo incluiu todos os nascidos vivos residentes nos municípios que compõe a IV Região de Saúde de Pernambuco.

A pesquisa será realizada com dados contidos nas DNV, utilizando a base de dados secundária do SINASC, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através do programa Tabnet. A partir do SINASC é possível obter dados oportunos e fidedignos sobre características da gravidez, parto, do recém-nascido e da mãe.⁷ Pontuando que o uso de informações secundárias em pesquisas científicas apresenta como vantagem ser de baixo custo, fácil acesso e permite abrangência nacional.¹⁰

É necessário salientar que o estudo pretendia caracterizar uma série histórica de 10 anos, porém, o SINASC passou por algumas reformulações desde sua criação, principalmente no ano de 2009, no qual ocorreu um processo de mudança da Declaração de Nascido Vivo (DNV). As modificações nos formulários das DNV se deram, sobretudo, em relação ao maior detalhamento das informações coletadas, tendo ocorrido o acréscimo de algumas variáveis. O novo formulário de DNV começou a ser utilizado em 2010, em um processo de transição,

ainda de maneira simultânea ao formulário antigo. A partir do ano de 2011 foi utilizado preferencialmente o novo formulário da DNV.¹¹ Por outro lado, informações completas sobre nascidos vivos a partir do SINASC estavam disponíveis no DATASUS apenas até 2015, inviabilizando o acesso aos dados sobre nascimento em anos subsequentes. Portanto, esse estudo optou por caracterizar o perfil epidemiológico de nascimentos em 5 anos, dando preferência ao período em que houve a utilização do novo formulário de DNV, para assegurar a coerência epidemiológica.

As informações pesquisadas a partir das DNV no SINASC foram aquelas relacionadas às características maternas, gestação, parto e recém-nascido, além do local de nascimento. As variáveis estudadas foram reunidas em três grupos: 1) Perfil das puérperas: idade, estado civil, raça cor, escolaridade; 2) Variáveis relacionadas à gestação e ao parto: consultas de pré-natal, tipo de gravidez, idade gestacional, tipo de parto; 3) variáveis relacionadas ao recém-nascido: sexo, peso ao nascer, Apgar no primeiro minuto, Apgar no quinto minuto; presença de malformação congênita.

A organização e tabulação dos dados foram feitas utilizando o programa Microsoft Office Excel 2010 e a análise estatística descritiva dos dados se deu por meio do programa Epi info 6, sendo expostos por meio de tabelas e gráficos, utilizando-se números absolutos e percentuais.

No desenvolvimento desta pesquisa foram tomados os devidos cuidados éticos presentes na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sinalizando a dispensa por apreciação do comitê de ética, por se tratar de utilização de dados públicos presentes no DATASUS.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados obtidos pelo SINASC entre os anos de 2011 a 2015, observou-se o registro de 98.568 nascidos vivos de mães residentes na IV Regional de Saúde, com média anual de 19.713 nascimentos.

Segundo a distribuição de nascimentos por ano, 2015 e 2011 apresentam, respectivamente, maior e menor número de nascimentos, correspondendo a 19.928 (20,22%) e 19.454 (19,47%) (gráfico 1).

Com relação ao local de ocorrência dos nascimentos apresentados na tabela 1, constatou-se que a maioria deles (99,1%) aconteceu no ambiente hospitalar, e apenas 0,3 e 0,2% ocorreram em domicílio e em outro estabelecimento de saúde, respectivamente.

A tabela 2 apresenta dados sobre as características maternas dos nascidos vivos. No que diz respeito à variável idade materna, houve maior concentração de mães na faixa etária entre 20 a 34 anos (68,11%), seguida das faixas etárias < 20 anos (22,37%) e 35 anos ou mais (9,61%). Quanto ao Estado Civil, a maioria das mulheres é solteira (39,67%), seguida das que apresentaram união estável e das casadas, com 30,21% e 28,64%, respectivamente. Com relação à Raça/Cor, os resultados apontaram, como maiores percentuais, mulheres pardas 67,08%; brancas 29,47% e pretas 1,79%. Para variável escolaridade, a análise demonstrou que 54,14% das mães possuem 8 anos ou mais de estudo, enquanto que 44,81% indicaram baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudos).

No tocante aos dados sobre gestação e parto presentes na tabela 3, pode-se observar que a maioria (98,05%) das gestações foram únicas com relação ao tipo de parto. Sobre o número de consultas de pré-natal verificou-se 62,18% das mães fizeram mais de 7 consultas de pré-natal, 35,52% fizeram de 1 a 6 consultas e 1,86% não realizaram pré-natal. Quanto a duração da gestação, constatou-se que 78,23% dos nascidos vivos nasceram a termo, de 37 a

41 semanas de gestação, 11, 84% nasceram prematuros ou pré termo (menos de 37 semanas), e 5,11% nasceram com 42 semanas ou mais. Com relação ao tipo de parto, 54,60 % deles foram cesáreos.

No que diz respeito às informações sobre o recém-nascido na tabela 4, percebeu-se um discreto predomínio de 51,12% de crianças do sexo masculino entre os nascidos vivos.

Os percentuais para o peso ao nascer demonstraram que 86,29% das crianças pesaram 2500 gramas ou mais, 7, 64% nasceram com baixo peso (< 2500 gramas) e 6,07% delas pesaram 4000 gramas ou mais. Quanto aos índices de Apgar no primeiro e no quinto minuto, 89,44% e 97,44% dos neonatos apresentaram boas condições de vitalidade, respectivamente. Vale pontuar que 1.057 (1,07%) dos nascidos vivos apresentaram alguma malformação congênita.

DISCUSSÃO

Através da análise de dados do SINASC o presente estudo identificou um aumento no número de nascimentos ao longo dos anos estudados, o que diverge de um realizado no Piauí, o qual demonstrou um contínuo declínio de nascimentos, considerando o período de análise.¹² Quanto ao local desses nascimentos, a grande maioria deles aconteceu em ambiente hospitalar, assim como foi demonstrado por outros autores na literatura.^{13,12} Como mencionado por SILVA (2008) historicamente,¹⁴ a crescente urbanização, as mudanças de hábitos culturais e a expansão dos serviços de saúde favoreceram a institucionalização do parto; elevados percentuais de intervenções hospitalares já são verificados no país desde a década de 90, de acordo com dados contínuos disponibilizados através do SINASC.

No tocante às características sociais maternas analisadas nesta pesquisa, houve a predominância de puérperas entre a faixa etária de 20 a 34 anos, seguidas das que possuem

menos de 19 anos e depois pelas maiores de 35 anos. Achados semelhantes também foram sinalizados em diversos outros estudos realizados em várias regiões do país.^{15,12} Ressalta-se que a idade materna está diretamente correlacionada com o desenvolvimento da gestação, destacando que, quanto mais precoce ou mais tardia for à gravidez, maiores são os riscos para possíveis complicações na gestação, parto e período perinatal.¹⁶

Na análise sobre a situação conjugal das mulheres, constatou-se maiores prevalências de mães solteiras (39,67%), o que foi corroborado por Guimarães e Rizzoto (2009) e Cravo e Oliveira (2012) nos municípios de Aracajú e Cascavel,^{17,18} demonstrando percentuais de 55,2% e 70,38%, respectivamente. Divergindo do estudo realizado em Chapecó-RS e no Estado do Piauí, no qual o número de puérperas que apresentou união estável e casada foi superior ao número de solteiras.^{13,12}

Segundo o MS, uma situação conjugal insegura constitui-se como fator de risco para o recém-nascido. Além disso, o risco para não realização de pré-natal é três vezes maior em mulheres solteiras quando comparada às casadas, podendo estar relacionado ao apoio do parceiro durante a gestação, favorecendo a adesão ao pré-natal.¹⁹

Quanto aos dados sobre Raça/Cor materna, a parda foi mais prevalente (67,08%), seguida da branca (29,47%) e preta (1,79%). Um estudo realizado em outro estado do Nordeste (2017), constatou realidade semelhante, com percentual de mães pardas em 78,7% dos nascimentos.¹²

No estudo em pauta a maioria das mulheres (54,14%) apresenta 8 anos ou mais de estudo, semelhante ao que foi verificado por Cravo e Oliveira (2012)¹⁸ e Santos et al. (2017)¹². Neste estudo é notório o número de mães que apresentou baixa escolaridade (menor que 8 anos de estudo), superior a análise realizada pelo MS em 2010, demonstrando baixa escolaridade em 35% das puérperas.⁷ A escolaridade materna é fator importante, pois tanto influencia no acesso e utilização de serviços de saúde como na realização do pré-natal.¹⁹

A assistência ao pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, favorecendo um parto e um recém-nascido saudável, pois permite abordar aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas, bem como identificar precocemente situações de risco para prevenir complicações frequentes do ciclo gravídico-puerperal. Para o Ministério da Saúde, o número de consultas pré-natal preconizado deve ser no mínimo 6, sendo essencial seu início ainda no primeiro trimestre de gestação.¹⁶

Neste estudo, a proporção de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal (62,18%) é superior ao demonstrado na cidade de Aracajú SE (53,3%) e no estado do Piauí (45,8%), e inferior ao município de Chapecó-PR (80%).^{15,12,13} É importante ressaltar que apesar do aumento da cobertura da atenção básica verificado no Brasil nos últimos anos e consequente melhora do acesso das mulheres a uma assistência pré-natal,²⁰ uma proporção de 1,9 % (1.826) de mulheres neste estudo, não realizaram consultas de pré-natal.

A principal ocorrência do tipo de gravidez encontrada nesta pesquisa foi a única, apresentando proporções semelhantes ao demonstrado por Lima et al, (2012)¹⁵ que ao analisar o perfil de nascimentos do município de Serra no Espírito Santo no período de 2001 a 2011, apresentaram valores de 98, 2% de tipo de gravidez única.

Quanto à duração da gestação, identificou-se maior prevalência de partos a termo (78,23 %). No entanto, o percentual de prematuridade (nascimentos com menos de 37 semanas) constatado nesta pesquisa, apresentou valores superiores ao nacional (7,6%) em 2010 e em outras localidades, Aracajú (2012), Espírito Santo (2012) e Piauí (2017), os quais verificaram proporções de prematuridade em 7,49%, 6,1% 7,6%, dos nascimentos, respectivamente.^{7,18,15,12}

A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil e aumenta o risco de morbidade nos neonatos, levando a necessidade de assistência de maior nível de complexidade, refletindo em carga econômica significativa.^{21,22} Além disso,

chama atenção o percentual de nascimentos no qual a duração da gestação não foi informada 4,82%, o que pode estar associado a uma desvalorização dessa informação por parte dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV. Não obstante, a informação sobre a duração da gestação permite identificar a presença de prematuridades e problemas no desenvolvimento fetal, a exemplo do peso ao nascer.²³

Quanto à análise sobre a escolha da via de parto dos nascimentos da IV regional de saúde/PE, constatou-se uma predominância de partos cesáreos (54,60%). Realidade semelhante foi demonstrada em estudo realizado na cidade de São Paulo (2011), no qual os partos cesáreos representaram 53,4% dos nascimentos em 2010.²⁴ No Brasil, uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2013), demonstrou uma tendência crescente de cesáreas em todas as regiões do país, constatando predomínio de cesáreas no país desde 2009.⁷

O percentual de partos cirúrgico encontrado nesta pesquisa é quase quatro vezes maior ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual estabelece não dever ultrapassar 15% dos nascimentos em todos os países.¹⁶ A via de parto cesáreo deve, preferencialmente, ser reservada para situações de risco materno ou fetal provenientes de nascimentos com intercorrências obstétricas.⁶ Um estudo coordenado pela OMS em oito países da América Latina, ao analisar o desfecho de quase 100 mil partos realizados entre setembro de 2004 e março de 2005, demonstrou que partos cirúrgicos desnecessários aumentam o risco de morbimortalidade materno-infantil.²⁵

A predominância de nascimentos do sexo masculino sobre o feminino encontrada neste estudo corrobora com diversas pesquisas sobre recém-nascido em outros estados brasileiros.^{18,13,12}

O baixo peso ao nascer é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil.²¹ Ele expressa o retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade, aumentando

o risco de morte precoce quanto menor for o peso.⁶ Em um estudo realizado por Ferraz e Neves (2010)²⁶ no Rio Grande do Sul, a prematuridade mostrou-se a principal responsável pelo baixo peso ao nascer em recém-nascidos, ao analisar fatores relacionados com essa ocorrência.

As proporções de baixo peso ao nascer (<2500g) encontradas nesta análise, foram as mesmas expressas por Santos et al, (2017)¹² no estado do Piauí (7,6% dos nascimentos). Vale ressaltar que a idade gestacional e o peso da criança são fatores importantes na escolha da via de parto, de modo que elevadas proporções de gestações a termo e crianças com peso ao nascer adequados, encontrados neste estudo não justificam a predominância do parto cesáreo.⁶

O Boletim de Apgar no 1º e 5º minuto constitui um importante indicador de risco para a morbimortalidade neonatal, por descrever as condições do recém-nascido, utilizando critérios (frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor), atribuindo notas de 0 a 10. Os resultados sobre os índices de Apgar neste estudo foram semelhantes aos realizados em outras localidades, constatando que a grande maioria dos recém-nascidos expressam boas condições de vitalidade, com pontuação > ou igual a 8.^{15,16,12} Vale pontuar que o acesso da gestante a uma assistência de pré-natal reflete positivamente nas condições de nascimento,¹⁶ o que pode explicar resultados favoráveis dos índices de Apgar neste estudo, uma vez que parcela considerável das mães realizou pré-natal.

A presença de malformações congênitas esteve presente em apenas 1,07% dos recém-nascidos. Resultados semelhantes também foram verificados nos municípios de Cascavel (2009) e Chapecó (2016) com percentuais de 1,0% e 1,3% respectivamente.^{17,13}

Por fim, no que se refere às informações ignoradas a partir de análise do SINASC, apesar de se constituir como uma limitação desta pesquisa por possibilidade de falhas durante a digitação no sistema de informação verificou-se importante utilização desse sistema na IV

região de saúde/PE, fundamental para planejamento e avaliação da saúde materno-infantil da localidade.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos observou-se boa utilização do SINASC na IV GERES/Pernambuco, no entanto, o estudo direciona para uma contínua capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no preenchimento das DNV e alimentação do respectivo sistema em tempo hábil, no sentido de valorização dos dados e diminuição das informações ignoradas.

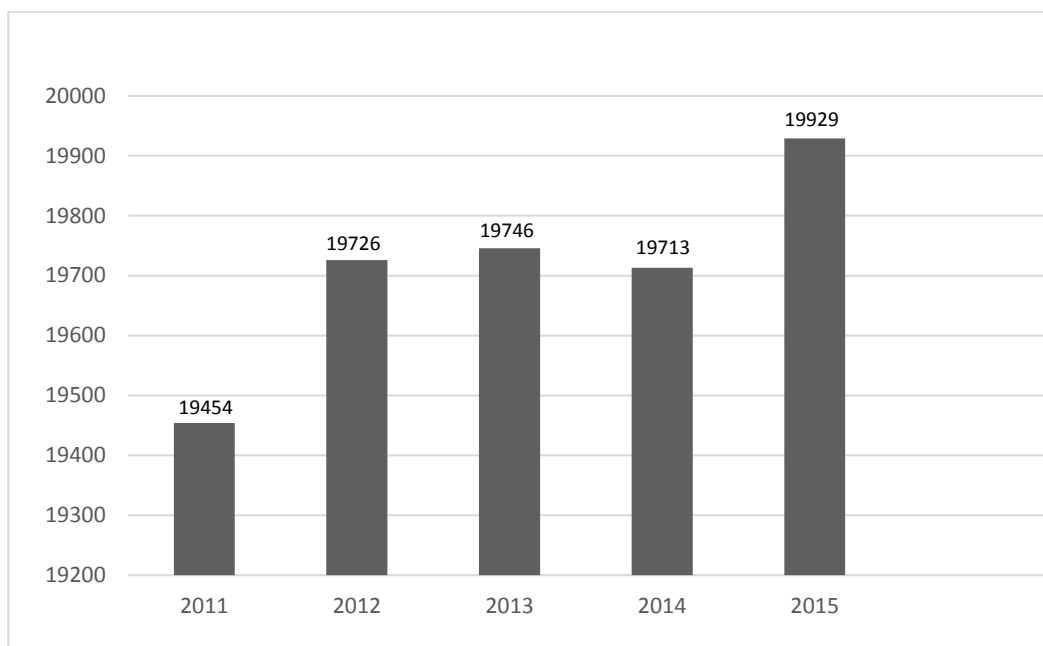
Contudo, foi possível caracterizar a população materno-infantil nesta regional de saúde, gerando informações capazes de contribuir no planejamento das ações voltadas para este grupo, destacando a importância do acesso aos dados do SINASC para monitorar e avaliar a realidade epidemiológica regional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
2. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 643-654.
3. Oliveira MM, Andrade SSSCA, DGS, Oliveira JCG, Malta DC, Rabello NDL et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24 (4): 629-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000400629&lng=en>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análises de Situação de Saúde. Manual de instruções para preenchimento de Declarações de Nascido Vivos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011a.
5. Pedraza, DF. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17 (10): 2729-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001000021&lng=en&nrm=iso>.
6. Rodrigues, KF; Zagonel, IPS. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. *Esc. Anna Nery*. 2010, 14 (3): 534-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000300015&lng=en&nrm=iso>.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; 2014. 384 p.
8. Girodo AM, Campos D, Bittencourt SDA, Szwarcwald CL, França EB. Cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e potenciais fontes de informação em municípios de pequeno porte em Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2015; 15 (3): 317-324. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S151938292015000300317&lng=en>.
9. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 jun. 2011.
10. Drumond EF, Machado CJ, Vasconcelos MR, França E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. *R Bras Est Pop*. 2009; 26 (1): 7-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n1/v26n1a02.pdf>>.
11. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília DF: Ministério da Saúde Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica; 2013a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf>.
12. Santos GM, Silva AJA, Costa RF, Silva LA, Souza CRO, Barreto MTS. Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste brasileiro. *Revista Uningá*. 2017; 31 (1).

13. Correio RAS, Correio LF, Correio MAB. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó- SC. RECIIS – Rev Eletron Comum InF Inov Saúde. 2016; 10 (2): 1-16.
14. Silva ZP. Perfil dos nascimentos e da mortalidade neonatal precoce, segundo local de parto, complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS, região metropolitana de São Paulo 2006. Tese doutorado apresentada ao departamento de epidemiologia da faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008. 124p.
15. Lima EFA, Sousa AI, Melo ECP, Primo CC, Leite FMC. Perfil de nascimentos de um município: um estudo de coorte. Ver Bras Pesq Saúde. 2012;14(1):12-8.
- 16 - Brasil, Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013b.
17. Guimarães CS; Rizzotto MLF. Análise do Perfil Epidemiológico e uso de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos no Município de Cascavel-PR. 3ª Mostra de Trabalhos em Saúde Pública-UNOESTE Campus de Cascavel; 2009. Disponível em: http://cacphp.unioeste.br/eventos/saudepublica/poster/analise_perfil_epidemiologico_uso_dados.pdf
18. Cravo EO, Oliveira JVR. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. Ideias & Inovação. 2012; 1(1): 9-17.
19. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. Rev. Saúde Pública. 2014; 48 (6): 977-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000600977&lng=en&nrm=iso.
20. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(2): 327-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000200327&lng=en.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/ Cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery. 2009; 13 (2): 297-304.
23. Mascarenhas, MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripipi, Piauí, Brasil. Rev. Bras. Saud. Matern. Infant. 2006; 6(2): 175-81.
24. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo | Dez anos do SINASC. Boletim CEInfo Análise | Ano VI, nº 04, Abril/2011. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2011. 39p.
25. Zorzetto R. Escolha errada. Pesquisa Fapesq, ed 124; 2016. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2006/06/01/escolha-errada/>.
26. Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32 (1): 86-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000100011&lng=en&nrm=iso.

Gráfico 1- Distribuição de nascidos vivos por ano, na IV Região de Saúde do estado de Pernambuco, no período de 2011 a 2015, segundo local de residência da mãe



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação de Nascido Vivo – SINASC

Tabela 1- Local de ocorrência do nascimento dos nascidos vivos na IV Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2011 a 2015

Local do Nascimento	Número de Nascidos	
	Vivos	%
Hospital	97750	99,17
Outro estabelecimento de Saúde	239	0,24
Domicílio	361	0,37
Outros	215	0,22
Ignorados	3	0,00
Total	98568	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação de Nascido Vivo – SINASC

Tabela 2 – Perfil das características maternas dos nascidos vivos da IV Região de Saúde de Pernambuco no período de 2011 a 2015

Variável	Nº	%
Idade		
<14 anos	1.246	1,26
15 a 19	20.707	21,01
20 a 34	67.136	68,11
35 a 39	7.453	7,56
40 ou mais	2.025	2,05
Ignorado	1	0,00
Total	98.568	100
Estado Civil		
Solteira	39.099	39,67
Casada	28.232	28,64
Viúva	186	0,19
Separada Judicialmente	547	0,55
União Estável	29.773	30,21
Ignorado	731	0,74
Total	98.568	100
Raça/Cor		
Branca	29.044	29,47
Preta	1.765	1,79
Amarela	163	0,17
Parda	66.116	67,08
Indígena	694	0,70
Ignorado	786	0,80
Total	98.568	100
Escolaridade		
< 8 anos	44.166	44,81
> ou igual 8 anos	53.369	54,14
Ignorado	1.033	1,05
Total	98.568	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação de Nascido Vivo - SINASC

Tabela 3 - Perfil Obstétrico das Puérperas dos Nascidos Vivos da IV Região de Saúde de Pernambuco no período de 2011 a 2015

Variável	N	%
Consultas do Pré-Natal		
Nenhuma	1.826	1,85
1 a 3	5.768	5,85
4 a 6	29.248	29,67
7 ou mais	61.285	62,18
Ignorado	441	0,45
Total	98.568	100
Tipo de Gestação		
Única	96.650	98,05
Dupla	1.787	1,81
Tripla ou mais	38	0,04
Ignorada	93	0,09
Total	98.568	100
Duração da Gestação (Semanas)		
<37 semanas	11.671	11,84
37-41	77.114	78,23
≥ 42	5.034	5,11
Ignorado	4.749	4,82
Total	98.568	100
Tipo de Parto		
Vaginal	44.638	45,29
Cesáreo	53.817	54,60
Ignorado	113	0,11
Total	98.568	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação de Nascido Vivo- SINASC

Tabela 4 - Perfil das características perinatais dos nascidos vivos da IV região de Saúde de Pernambuco no período de 2011 a 2015

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	50.387	51,12
Feminino	48.168	48,87
Ignorado	13	0,01
Total	98.568	100
Peso ao nascer (gramas)		
<2500	7.527	7,64
> ou igual a 2500	85.051	86,29
4000 ou mais	5.983	6,07
Ignorado	7	0,01
Total	98.568	100
Apgar no primeiro minuto		
0 a 2	681	0,69
3 a 5	2.727	2,77
6 a 7	6.469	6,56
8 a 10	88.160	89,44
Ignorado	531	0,54
Total	98.568	100
Apgar no quinto minuto		
0 a 2	681	0,33
3 a 5	2.727	0,41
6 a 7	6.469	1,31
8 a 10	88.160	97,44
Ignorado	531	0,50
Total	98.568	100
Anomalia Congênita		
Sim	1.057	1,07
Não	97.041	98,45
Ignorado	470	0,48
Total	98.568	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação de Nascido Vivo - SINASC