

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ELAINE MARCELINA BARBOSA

PERFIL DAS PARTURIENTES E NASCIDOS VIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

PICOS - PIAUÍ

2013

ELAINE MARCELINA BARBOSA

PERFIL DAS PARTURIENTES E NASCIDOS VIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

PICOS - PIAUÍ

2013

Eu, **Elaine Marcelina Barbosa**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 18 de outubro de 2013.

Elaine Marcelina Barbosa

Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

B238p Barbosa, Elaine Marcelina.
Perfil das parturientes e nascidos vivos de um hospital público / Elaine Marcelina Barbosa. – 2013.
CD-ROM : il; 4 ¾ pol. (44 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.Msc. Andressa Suelly S. de Oliveira

1. Nascimento Vivo. 2. Sistemas de Informação. 3. Saúde Materno Infantil. I. Título

CDD 618.2

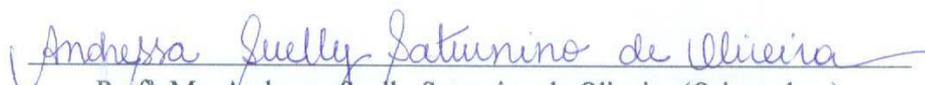
ELAINE MARCELINA BARBOSA

PERFIL DAS PARTURIENTES E NASCIDOS VIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 20 / 09 / 2013

BANCA EXAMINADORA


Prof.^ª Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí - UFPI


Prof.^ª Ms. Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo (1º membro efetivo)

Universidade Federal do Piauí – UFPI


Prof.^ª Esp. Yluska Macedo Lobo Piauilino (2º membro efetivo)

Universidade Federal do Piauí – UFPI

À minha tríade de orientadoras constituída pelas queridas mestres Ana Izabel de Oliveira Nicolau, Marília Braga Marques e Andressa Suelly Saturnino de Oliveira pelos ensinamentos, compreensão, dedicação e amizade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS que me presenteou com a capacidade para pensar, amar e lutar pela conquista de meus ideais. Muitas foram as lutas, maiores as vitórias, e isso porque o Senhor se fez sempre presente, transformando a fraqueza em força e a derrota em vitória.

Aos meus Pais, Francisco Carlos e Marcelina, de quem recebi o dom mais precioso do universo: a vida. Somente por isso já serei eternamente grata, mas, além dela, ainda me deram amor, carinho, conforto e cultivaram em mim, ainda criança, todos os valores necessários à formação de uma pessoa responsável, consciente e digna.

Ao meu noivo, Ricardo, pelo amor e paciência nos meus “maus” momentos. Amo você demais! Graças a sua presença foi mais fácil transpor os dias de desânimo e cansaço!

À minha irmã Edjane, pela amizade e compreensão. Obrigada por você existir perto de mim!

À minha querida tríade de orientadoras: Ana Izabel de Oliveira Nicolau, sempre carinhosa, direcionou-me à escolha da temática desse trabalho; Marília Braga Marques com seu jeito amável, ajudou-me na delimitação do objeto de pesquisa, e, como não falar de Andressa Suelly Saturnino de Oliveira que possibilitou a concretização desse estudo, através dos importantes ensinamentos tanto científicos quanto pessoais, pela amizade e apoio, e pelo conforto nas horas difíceis. Obrigada, Professora Andressa, por ser a minha precoce “Mãe científica”.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - Saúde Sexual e Reprodutiva, pela oportunidade de participar do grupo, por engrandecer meus conhecimentos que foram importantes durante toda essa caminhada.

Aos meus colegas de turma por dividir anseios, preocupações, experiências, conquistas, vitórias e alegrias e pela certeza de que após esses anos de convivência deixamos de ser colegas para nos tornarmos amigos.

À todos os professores do curso de Enfermagem da UFPI, por agirem como facilitadores da aprendizagem, favorecendo, além do conhecimento técnico-científico, o enriquecimento pessoal.

Ao hospital fonte da pesquisa por permitir o desenvolvimento desse estudo.

Aos meus colegas de trabalho por possibilitarem a conciliação entre trabalho e estudo.

Enfim, a todos que contribuíram para que eu pudesse subir mais esse degrau não canso de agradecer.

“Os fins são frutos do conhecimento e direcionamento dos meios.”

(Elaine Marcelina Barbosa)

RESUMO

Conhecer e avaliar o perfil das mães e a situação dos nascimentos de crianças de uma área, em um período de tempo, é importante na determinação de riscos vitais relacionados às condições do nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil, sendo esses aspectos componentes de vários indicadores de saúde e fundamentais para a assistência na área materno-infantil. O presente estudo teve como objetivo caracterizar parturientes e nascidos vivos de um hospital público piauiense. Trata-se de um estudo documental, descritivo, quantitativo e de caráter retrospectivo, realizado com os registros de 323 parturientes e nascidos vivos atendidos na referida instituição. A coleta de dados aconteceu em julho de 2013, por meio de um formulário, que foi preenchido com informações do livro de registro das características de nascimentos do hospital, segundo as Declarações de Nascidos Vivos referentes aos partos ocorridos em 2012. Os dados foram inseridos no programa IBM SPSS *Statistics* 20 e analisados por meio de estatística descritiva e testes estatísticos. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí e obteve parecer favorável com N° 288.910. Os resultados mostraram que 69,3% das parturientes tinham entre 20 e 35 anos, 70,0% apresentavam baixa escolaridade (ensino fundamental), 74,3% possuíam companheiro, 78,6% sobreviviam da agricultura de subsistência e apenas 8,4% detinham atividade remunerada. Concernente aos aspectos clínico-obstétricos, observou-se que 51,7% eram primíparas, tendo a grande maioria (71,3%) realizado seis ou mais consultas pré-natal e o número de cesáreas (61,9%) sendo superior ao de partos vaginais. Em relação aos recém-nascidos, 57,9% eram do sexo masculino, apresentaram boa vitalidade ao nascer, enquanto que 4,6% eram prematuros e 6,2% possuíam baixo peso ao nascer. Ao associar as variáveis entre si, percebeu-se que as mães entre 15 e 19 anos exibiam alto índice de primiparidade (78,6%; $p=0,000$), a baixa escolaridade relacionou-se intrinsecamente com o aumento no número de filhos (71,7%; $p=0,002$) e com o parto vaginal (56,9%; $p=0,045$), como também, a gestação à termo com o apgar elevado (98,0%; $p=0,000$) e com o peso normal ao nascer (93,5%; $p=0,000$) e, este último, com o número de consultas pré-natal igual ou superior à seis (93,9%; $p=0,005$). Conclui-se que o acesso às informações, o conhecimento sobre a realidade, bem como o acompanhamento constante dos dados, taxas e índices pelos profissionais de saúde, sobretudo pelo enfermeiro, certamente interferem nas ações desenvolvidas e contribuem no modo de cuidar e assistir à vida, sendo a Declaração de Nascido Vivo fonte de contribuição para o planejamento e alicerce de ações de assistência e de prevenção, tanto na área da saúde coletiva, quanto na assistência hospitalar.

Palavras chave: Nascimento vivo. Sistemas de informação. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Meet and assess the situation of mothers and births of an area over a period of time is important in determining vital risks related to the conditions of birth, child growth and development, and these components of various aspects of health indicators and fundamental for assistance in maternal and child health. The present study aimed to characterize births and births of a public hospital Piauí. This is a documentary study, descriptive, quantitative and retrospective held with the records of births and 323 births attended at that institution. Data collection took place in July 2013, through a form, which was filled with information from the registry of the characteristics of hospital births, according to the Live Birth Certificates relating to births in 2012. The data were entered in the IBM SPSS Statistics 20 and analyzed using descriptive statistics and statistical tests. The survey was sent to the Ethics Committee of the Federal University of Piauí and obtained assent with N°. 288 910. The results showed that 69,3% of pregnant women were between 20 and 35 years, 70,0% had low education (primary education), 74,3% had a partner, 78,6% survived on subsistence farming and only 8,4% held gainful activity. Concerning the clinical, obstetric, it was observed that 51,7% were primiparous, with the vast majority (71,3%) performed six or more prenatal visits and the number of cesarean deliveries (61,9%) is higher than vaginal deliveries. Regarding newborns, 57,9% were male, had good vitality at birth, while 4,6% were premature and 6,2 % possessed low birthweight. By linking variables to each other, it was noticed that mothers between 15 and 19 years showed a high rate of primiparity (78,6%, $p=0,000$), low education are intrinsically related to the increase in the number of children (71,7%, $p=0,002$) and the vaginal (56,9%, $p=0,045$), but also a term pregnancy with high Apgar score (98,0%, $p=0,000$) and normal weight birth (93,5%, $p=0,000$), and the latter, with the number of prenatal visits at or above the six (93,9%, $p=0,005$). We conclude that access to information, knowledge about reality, as well as constant monitoring of data rates and indices by health professionals, especially by nurses certainly interfere with the actions developed and contribute in order to care for and watch life, and the Statement of Live Birth source contribution to the planning and foundation of healthcare and prevention, both in the area of public health, as in hospital care.

Keywords: Live birth. Information systems. Maternal and child health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas das parturientes do hospital em estudo. Picos -PI, 2012.	21
Tabela 2	Dados clínico-obstétricos das parturientes do hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	22
Tabela 3	Aspectos relativos ao sexo, peso e Apgar no 5º minuto dos recém-nascidos do hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	23

FIGURAS

Figura 1	Relação entre idade materna e paridade no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	24
Figura 2	Relação entre escolaridade e paridade no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	25
Figura 3	Relação entre escolaridade e tipo de parto no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	25
Figura 4	Relação entre idade gestacional e apgar no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	26
Figura 5	Relação entre idade gestacional e peso ao nascer no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	26
Figura 6	Relação entre número de consultas pré-natal e peso ao nascer no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.	26

QUADRO

Quadro 1	Níveis de significância estatística das variáveis que estiveram associadas no estudo. Picos-PI, 2012*.	24
-----------------	--	----

LISTA DE SIGLAS

CRS	Coordenação Regional de Saúde
CS	Centro de Saúde
DN	Declaração de Nascido Vivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém Nascido
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4	METODOLOGIA.....	18
4.1	Tipo de estudo.....	18
4.2	Período e local do estudo.....	18
4.3	População e amostra do estudo.....	19
4.4	Coleta de dados.....	20
4.5	Variáveis do estudo.....	20
4.6	Análise dos dados.....	21
4.7	Aspectos éticos e legais.....	21
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO.....	29
7	CONCLUSÃO.....	35
	REFERÊNCIAS.....	37
	APÊNDICES.....	40
	APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados.....	41
	APÊNDICE B - Termo de fiel depositário.....	42
	ANEXO.....	43
	ANEXO A - Modelo de declaração de nascido vivo.....	44

1 INTRODUÇÃO

A análise do perfil de nascimentos permite identificar fatores que se relacionam estreitamente com a morbimortalidade materno-infantil, proporcionando, dessa forma, o delineamento de ações que venham a intervir em variáveis não favoráveis à saúde deste público.

Nesse contexto, surge o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 1990, o qual possui como objetivo fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, fundamentais para o estabelecimento de índices de saúde específicos (BRASIL, 2011a). De acordo com Melo e Mathias (2010), o banco de dados deste sistema possui grande potencial, reunindo oficialmente informações de todos os nascimentos vivos com considerável grau de confiabilidade e, por conseguinte, deve ser explorado em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no nível municipal, subsidiado pelo processo de descentralização.

Entende-se por nascido vivo o produto da concepção que, depois da separação, da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez, respira ou apresenta outro sinal vital, tal como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não seccionado o cordão umbilical ou desprendida a placenta (BRASIL, 2011a).

A coleta de dados sobre os nascimentos, para a alimentação do mencionado sistema, se dá por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV), cuja a emissão é competência dos profissionais de saúde no caso dos partos hospitalares ou do cartório de registro civil nos partos que acontecem em nível domiciliar. Dentre os campos abordados na DNV estão dados sobre a gestação, a mãe, o parto e o recém-nascido (RN) (BRASIL, 2011a).

Com a análise desses dados é possível realizar diagnósticos de saúde, vigilância e monitoramento de RNs de risco, conhecer a oferta de serviços que realizam partos, a distribuição territorial e temporal dos eventos, como, também, identificar mudanças importantes relacionadas a nascidos vivos, gestantes e condições dos partos (SÃO PAULO, 2011).

Anualmente, nascem, em média, 2.900.000 novos brasileiros, destes 29,4% são provenientes da região Nordeste. O Piauí corresponde a 6,2% do quantitativo de nascimentos de sua região, sendo a cidade de Picos detentora de 6,4 % dos nascidos vivos no estado (BRASIL, 2011b).

Os supracitados, unidos à concepção do Brasil como um país continental, leva à percepção que o perfil de nascimentos nacional é dotado de uma vasta e diversificada

dinâmica populacional no tocante às suas características sociodemográficas, econômicas e culturais, repercutindo diretamente, essas diferenças, na atenção à saúde, pois o público atendido nos estabelecimentos de saúde brasileiros não são homogêneos, tendo aspectos peculiares dependendo da região em que se encontram, tornando-se, dessa forma, imperativo o conhecimento das especificidades locais da clientela materno-infantil atendida. Diante da situação exposta, indaga-se: quais as características das parturientes e seus RNs, atendidos em um hospital público piauiense?

A relevância deste estudo parte do pressuposto de que informações epidemiológicas relacionadas à saúde do binômio materno-infantil concernente ao pré-natal, parto e puerpério fornecem subsídios para a avaliação das ações de saúde e adoção de medidas de vigilância. Tal avaliação proporciona o monitoramento da política de saúde direcionada a este público, como, também, auxilia o enfermeiro e toda a equipe de saúde à planejar o cuidado com base em indicadores reais, visando à qualidade e melhorias na assistência à mulher e seu RN, como, também, fornece subsídios à tomada de decisão por parte do gestor local.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Caracterizar parturientes e nascidos vivos de um hospital público piauiense.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico das parturientes;
- Averiguar aspectos relativos ao sexo, peso e vitalidade dos neonatos;
- Verificar a associação entre as variáveis de caracterização das parturientes com as dos recém-nascidos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A saúde materno-infantil tem sido alvo de políticas e ações em saúde há algumas décadas por apresentar-se mais vulnerável a determinados agravos e condições mórbidas, com forte influência de fatores de risco nutricional, social, demográfico e ambiental (COELI, 2010).

Mesmo assim, a morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Dentre as principais causas de óbito materno por complicações da gravidez, parto e puerpério, destacam-se os estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e os abortos. O estudo da incidência local de elementos que predisõem a estes eventos prejudiciais adquire utilidade para os profissionais de saúde, por propiciar auxílio para que os mesmos possam lidar melhor com esses fenômenos e saber intervir de forma eficaz, utilizando-se de conhecimentos técnico-científicos (MACIEL et al., 2012).

Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, o parto e o puerpério são preveníveis, mas, para isso, é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Para uma atuação eficiente da equipe de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres e/ou seus filhos, faz-se imperativo a utilização de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada (SÃO PAULO, 2011).

Desde o início da implantação do SUS, passou-se a existir no país uma demanda crescente pela descentralização da produção das informações em saúde, a fim de permitir a gestão e a definição de prioridades em todos os níveis de atenção, inclusive no nível municipal (SÃO PAULO, 2011).

A concretude na descentralização do processamento dos sistemas de informação nacionais agilizou (e agiliza) a disponibilidade das informações no nível local, tornando possível sua utilização imediata, embasando o planejamento para investimentos direcionados a grupos específicos (VIDAL et al., 2005).

Obter informações que subsidiem a tomada de decisão para melhorar o nível de saúde de uma população é de fundamental importância para gestores e trabalhadores de saúde, pois esse conhecimento aplica-se à elaboração, à organização e à avaliação de ações e serviços de saúde. Para fundamentar o diagnóstico da situação de saúde, é indispensável que os tomadores de decisão apropriem-se de informações confiáveis sobre aspectos como o perfil da morbidade e mortalidade, fatores de risco e seus determinantes, características

demográficas e serviços de assistência médico-sanitários (MASCARENHAS; GOMES, 2011).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) vêm sendo cada vez mais utilizados para a avaliação e programação das atividades em saúde. O crescente aumento da cobertura e da qualidade dos dados, aliado ao baixo custo operacional, possibilitam viabilidade e relevância para o trabalho baseado na vertente dos dados epidemiológicos, principalmente os que se referem aos dados de registros vitais, como é o caso do SINASC (COELI, 2010).

O SINASC, nesta perspectiva, é um sistema específico da população materno-infantil, que captura, analisa criticamente e consolida as informações sobre os nascimentos ocorridos em todo o país, tendo como meta o planejamento das ações de saúde para as parturientes e seus RNs. A DNV, instrumento de aquisição de dados do SINASC, constitui-se em um documento individualizado e padronizado em nível nacional, cujo objetivo principal é obter características dos nascimentos, segundo variáveis, como: sexo, peso ao nascer, idade gestacional, duração da gestação, tipo de parto e paridade (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010).

Vários estudos já confirmaram a eficácia do SINASC como base de dados efetiva, sugerindo o monitoramento sistemático das informações desse sistema como ferramenta imprescindível de avaliação da assistência na atenção básica e em unidades terciárias, tornando possível a definição de ações capazes de prevenir a morbimortalidade, como também, amenizando a inconsistência e fragilidade existentes na relação de continuidade e complementariedade entre as atividades da atenção básica e as hospitalares (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010; SILVA; PELLOSO, 2009; PEREIRA JÚNIOR; HENRIQUES, 2010).

Como exemplo, podemos citar Campinas/SP, onde o sistema vem sendo utilizado para diversas atividades, como: seleção de nascidos vivos de risco para seguimento, avaliação de cobertura vacinal, estimativa populacional, cálculo de coeficientes de mortalidade infantil por área de abrangência de Centro de Saúde (CS), município ou região, banco de dados de doentes e portadores de hemoglobinopatias, localização e notificação para as unidades de exames de triagem neonatal alterados. Ademais, alguns CS elegem critérios próprios para a vigilância de RNs e mães, utilizando os dados da DNV (MORCILLO et al., 2010).

Ao nortear as metas direcionadas ao cuidado a partir de dados coletados pelo SIS, é possível fazer o acompanhamento de cada ação delineada e verificar os resultados alcançados. Dessa forma, o conhecimento de características relacionadas aos aspectos da mãe e do RN fornece informações relativas ao grau de vulnerabilidade da população em estudo, servindo como subsídio para a avaliação e acompanhamento das políticas de saúde referentes a esse público. Possibilitando, ainda, o compartilhamento de experiências com o SINASC em

região cujos perfis diferem daqueles em que já foram realizadas investigações semelhantes, uma vez que, devido à grande dimensão do território nacional, a população brasileira não se enquadra em um único padrão sócio-educacional (MASCARENHAS et al., 2006).

Dependendo da região em que a mulher se encontra existem características peculiares ligadas aos aspectos demográficos, culturais, sociais e econômicos que determinam padrões diferentes de comportamento da população feminina. Tal afirmativa reflete diretamente nas atividades de atendimento à saúde, impossibilitando a uniformidade da assistência obstétrica prestada pelas várias instituições, em consequência das disparidades encontradas nas dinâmicas regionais (SILVA; PELLOSO, 2009).

Ao considerar instituições de referência para o acompanhamento de gestações, há o interesse em traçar o perfil da clientela assistida, para reconhecer suas características e identificar fatores de risco e intercorrências que poderiam ser evitados e tratados. O conhecimento sobre as características dos nascimentos em um determinado local e período, possibilita a elaboração de indicadores demográficos e epidemiológicos que podem representar a realidade da comunidade para o planejamento e implementação de estratégias efetivas de melhorias das condições de saúde (SILVA; PELLOSO, 2009).

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar com regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade, além da qualificação da assistência ao parto, dispendo-se de humanização, ambiência, boas práticas e acolhimento com classificação de risco, propiciando a vivência destas experiências com segurança, dignidade e respeito pelos serviços de saúde às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e às singularidades culturais, étnicas e raciais são os grandes determinantes de indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, que têm o potencial de diminuir as principais causas da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

O cuidado em saúde é amplo e complexo e exige a atenção, a obstinação e a dedicação para olhar e enxergar em dados estatísticos, direcionadores reais e potenciais para aumentar a qualidade das ações e benefícios aos usuários. Nesse sentido, a assistência baseada em fontes de informações oferece visibilidade e autonomia ao desempenho dos trabalhadores de saúde, nos distintos contextos de atuação (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa e de caráter retrospectivo.

Segundo Gil (2010), na pesquisa documental recorre-se a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, utiliza-se as fontes primárias de dados. Enquanto que Andrade (2010) define como descritivo o método em que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, identificando relações entre variáveis e procurando estabelecer a natureza dessas relações.

Polit e Beck (2011) classificam em quantitativa a investigação de fenômenos que se prestam a medição e quantificação precisa, frequentemente envolvendo um modelo rigoroso e controlado. Nesse tipo de pesquisa, manipula-se estatisticamente os dados numéricos com o propósito de descrever fenômenos ou fazer inferências sobre os fenômenos relatados. O caráter retrospectivo do estudo indica que remete-se a fatos passados.

Os estudos da descrição de população, para Marconi e Lakatos (2010), são estudos quantitativo-descritivos que possuem, como função primordial a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo, organizações ou outras coletividades específicas, geralmente contendo um grande número de variáveis e utilizando-se de técnicas de amostragem para que apresentem caráter representativo.

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2012 a setembro de 2013 em um hospital público piauiense, situado na cidade de Picos, a qual é sede da 9ª Coordenação Regional de Saúde (9ª CRS) do estado.

O município de Picos localiza-se no centro-sul piauiense, há 330 km da capital (Teresina), com uma população de 73.414 habitantes, está posicionado em área privilegiada do sistema viário e constitui-se em um dos polos macrorregionais do estado (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, tem-se o hospital, fonte da coleta de dados, de caráter público estadual, com prestação de serviços integralmente pelo SUS, configurando-se como principal referência no atendimento hospitalar de média complexidade aos 42 municípios adscritos a 9ª CRS e de baixa e média complexidade ao seu público local (PIAUI, 2013).

O mencionado estabelecimento é um hospital geral, composto por 133 leitos, que realiza atendimento ambulatorial e clínico-cirúrgico, disponibilizando-se das especialidades

de cirurgia geral, clínica médica, pediátrica e obstétrica, como também, de uma unidade semi-intensiva adulto com seis leitos (BRASIL, 2013). O mesmo representa, ainda, nessas circunstâncias, um dos principais e importantes campos de aprendizagem para os estudantes na área de saúde da Universidade Federal do Piauí, entre outras instituições.

No âmbito da obstetrícia, o hospital possui um quantitativo significativo de atendimentos, tal afirmativa é validada ao observar que no ano de 2012 foram realizados um total de 2011 partos, entre naturais e cesarianas. Analisando dados do Ministério da Saúde, observa-se que a unidade do SUS em questão corresponde por aproximadamente 60% do total de partos ocorridos anualmente no município (BRASIL, 2011b), fato esse que somado aos supracitados justificou a escolha dessa instituição de saúde para o desenvolvimento da pesquisa.

4.3 População e amostra

A população do estudo em questão foi constituída pelos registros das parturientes e respectivos nascidos vivos do hospital descrito no item 4.2 desta pesquisa, no decorrer do ano de 2012. Com base no levantamento realizado pela pesquisadora junto ao livro de registros de nascidos vivos do hospital, observou-se um total de 2.011 nascimentos vivos no ano de 2012.

Diante dos dados supramencionados e da inviabilidade de coleta de dados de 2.011 registros no período de tempo para tal, a amostra (n) foi calculada do seguinte modo: o quantitativo de 2011 nascimentos equivaleu à população (N); o coeficiente de confiança utilizado foi igual a 95% ($Z\alpha = 1,96$); a taxa de prevalência aplicada foi de $P = 50\%$, pois não foi possível estimar previamente a percentagem com a qual o fenômeno ocorre; a percentagem complementar foi de $Q = 50\%$ e o erro amostral de $0,05$ ($e = 5\%$). Ao final, contabilizou-se 323 registros de nascimentos vivos como amostra.

A fórmula utilizada para o cálculo foi para amostra finita, conforme discriminada a seguir (POCOCK, 1989):

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot e^2}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra.

$Z\alpha^2$ = Nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios-padrão.

P = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica.

Q = Percentagem complementar (100-P).

N = Tamanho da população.

e = Erro máximo permitido

Para definir os registros de nascidos vivos, em meio a população total, que constituíram a amostra, utilizou-se o método de amostragem sistemática, em que os elementos da amostra foram escolhidos segundo um fator de repetição (intervalo fixo) (GIL, 2010). Pagano e Gauvreau (2012) explicam detalhadamente esse método de escolha, indicando que se uma amostra de tamanho n é desejada, a fração amostral da população é n/N . Então, a unidade amostral inicial é aleatoriamente selecionada das primeiras k unidades da lista, na qual k é igual a N/n . A seguir, conforme percorre-se a lista, cada k -ésima unidade consecutiva é escolhida.

Para o presente estudo, a fórmula aplicada correspondeu a 2011/323, que apresentou como resultado oriundo de arredondamento $k = 6$. Nesse caso, a cada seis nascimentos registrados no livro de características de nascimentos do hospital em sequência, utilizava-se um para compor a amostra, até atingir os 323 perfis determinados no cálculo amostral.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora e compreendeu o período de julho de 2013. O procedimento de aquisição dos mesmos se fez junto ao livro direcionado aos registros das características dos nascimentos, mais precisamente denominado pela instituição de "Livro do Berçário", o qual localiza-se no bloco cirúrgico do predito hospital. É preenchido pela equipe de enfermagem e contém informações epidemiológicas provenientes da DNV (ANEXO A).

Para tal, foi utilizado um formulário estruturado (APÊNDICE A), elaborado com base em variáveis contidas no mencionado instrumento do SINASC (BRASIL, 2011a) e em parâmetros adotados pelo Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012). Dessa forma, não houve necessidade de testagem do instrumento de coleta de dados.

4.5 Variáveis do estudo

Dentre as características abordadas no formulário de captura das informações estão as sociodemográficas (idade materna, nível de escolaridade, situação conjugal e Ocupação habitual), as clínico-obstétricas (paridade, número de consultas pré-natal, idade

gestacional e tipo de parto) e as neonatais (sexo, peso ao nascer e Apgar no 5º minuto). As variáveis analisadas foram agrupadas mediante requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, 2012).

4.6 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio do formulário foram tabulados no programa Microsoft Excel for Windows® 2010 e importados para o IBM SPSS *Statistics* 20. Para a análise descritiva, utilizou-se o cálculo de frequências absolutas e relativas. A estatística analítica foi realizada através do entrecruzamento da variáveis categóricas, sendo aplicado o teste *likelihood ratio* (razão de verossimilhança), alternativo ao χ^2 de *Pearson*.

Para significância estatística, utilizou-se $p < 0,05$ como valor de referência. Para a apresentação dos dados foram utilizadas tabelas, figuras (gráficos), contendo os números absolutos e as frequências relativas, cujas principais inferências foram corroboradas com a literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos e legais

O estudo configurou-se em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para análise dos preceitos bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), com parecer favorável Nº 288.910/2013 (ANEXO B).

Foi empregado o Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B), o qual garantiu o sigilo sobre todos os dados adquiridos, sendo que a utilização destes resguardou os direitos do paciente, a confidencialidade e a privacidade, permitindo que as informações contidas no livro de registros das características dos nascimentos somente fossem empregadas para fins desta pesquisa. A aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi necessária devido à impossibilidade de se obter o consentimento direto dos sujeitos, já que se trata de pesquisa documental e retrospectiva.

Dessa forma, foram tomados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, indicadas na Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

A seguir foi descrito o consolidado correspondente à análise dos 323 formulários preenchidos com informações sobre nascimentos e partos ocorridos na instituição em estudo, em 2012, o que permitiu traçar o perfil sociodemográfico, obstétrico e neonatal. Com intuito de favorecer entendimento dos resultados, optou-se por dividir a descrição destes em quatro partes, a saber: 1) Características sociodemográficas das parturientes; 2) Características clínico-obstétricas das parturientes; 3) Aspectos associados aos recém-nascidos; 4) Associações entre as variáveis do estudo.

5.1 Características sociodemográficas das parturientes

Na Tabela 1, foram expostos os resultados relacionados às características sociais e demográficas das parturientes.

Tabela 1 — Características sociodemográficas das parturientes do hospital em estudo. Picos - PI, 2012*.

Variáveis	<i>f</i>	%
Idade materna		
< 15 anos	6	1,9
15 - 19 anos	84	26,0
20 - 35 anos	224	69,3
> 35 anos	9	2,8
Escolaridade		
Sem escolaridade	4	1,2
Ensino fundamental I	155	48,0
Ensino fundamental II	71	22,0
Ensino médio completo	77	23,8
Ensino superior completo	13	4,0
Não preenchidos	3	0,9
Situação conjugal		
Solteira / divorciada / viúva	82	25,4
Casada	111	34,4
União estável	129	39,9
Não preenchidos	1	0,3
Ocupação habitual		
Remunerada	27	8,4
Não remunerada	40	12,4
Lavadora	254	78,6
Não preenchidos	2	0,6

*A coleta de dados ocorreu em julho de 2013, contudo os dados se referem à 2012.

Do total de 323 nascimentos analisados, pôde-se identificar que 69,3% aconteceram em mães com faixa etária entre 20 e 35 anos, entre as adolescentes (idade inferior a 20 anos) estabeleceram-se o percentual de 27,9 %, enquanto que as mulheres com mais de 35 anos detiveram 2,8 %. A escolaridade materna se concentrou no Ensino Fundamental (70,0%), sendo o Ensino Fundamental I detentor de 48,0% e o Fundamental II de 22,0%. 74,3% das parturientes apresentavam companheiro, destas, 34,4% eram casadas e 39,9% possuíam união estável, enquanto que 25,4% compreenderam o total de mulheres sem cônjuge, incluindo nesse grupo, solteiras, viúvas e divorciadas. No âmbito da ocupação habitual (profissão), a maioria (78,6%) era lavradora ou praticante da agricultura de subsistência e apenas 8,4% eram detentoras de atividade remunerada.

5.2 Características clínico-obstétricas das parturientes

Na Tabela 2, organizou-se os resultados referentes aos aspectos clínico-obstétricos das parturientes.

Tabela 2 — Dados clínico-obstétricos das parturientes do hospital em estudo. Picos - PI, 2012*.

Variáveis	f	%
Paridade		
Nenhum filho	167	51,7
1 filho	101	31,3
2 - 4 filhos	53	16,4
≥ 5 filhos	2	0,6
Nº de consultas de pré-natal		
Sem consultas	1	0,3
1 - 5 consultas	91	28,2
≥ 6 consultas	228	70,6
Não preenchidos	3	0,9
Idade gestacional		
< 37 semanas	15	4,6
37 - 41 semanas	307	95,0
≥ 42 semanas	1	0,3
Tipo de parto		
Vaginal	123	38,1
Cesárea	200	61,9

*A coleta de dados ocorreu em julho de 2013, contudo os dados se referem à 2012.

Concernente à paridade, 51,7% dos partos foram de mulheres primíparas considerando o parto atual. Ao verificar o número de consultas pré-natal, percebeu-se que

71,3% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). A idade gestacional concentrou-se no intervalo de 37 a 41 semanas (95%), sendo 4,6% o percentual de prematuros e o tipo de parto predominante foi a cesárea (61,9%).

5.3 Aspectos associados aos recém-nascidos

Os dados registrados em formulário sobre os recém-nascidos corresponderam ao sexo, peso e vitalidade (apgar no 5º minuto), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 — Aspectos relativos ao sexo, peso e apgar no 5º minuto dos recém-nascidos do hospital em estudo. Picos - PI, 2012*.

Variáveis	<i>f</i>	%
Sexo do recém nascido		
Masculino	174	57,9
Feminino	149	46,1
Peso ao nascer		
< 2.500 g	20	6,2
2.500 – 3.999 g	291	90,1
> 3.999 g	12	3,7
Apgar		
< 8 no 5º min	11	3,4
≥ 8 no 5º min	311	96,3
Não preenchido	1	0,3

*A coleta de dados ocorreu em julho de 2013, contudo os dados se referem à 2012.

Ao investigar sobre o sexo predominante nos nascimentos constatou-se que 57,9% dos recém-nascidos eram do sexo masculino e, no que se refere ao peso ao nascer, 93,8% estavam acima das 2.500 g, enquanto que 6,2% apresentavam-se abaixo desse peso. De acordo com o apgar no 5º minuto de nascimento averiguou-se que 96,3% exibiam apgar igual ou maior que 8.

5.4 Associações entre as variáveis do estudo

Posteriormente à análise descritiva dos resultados, pôde-se considerar associações entre as variáveis do estudo. Assim sendo, elaborou-se o Quadro 1, a fim de facilitar a compreensão das associações que foram significativas no estudo.

Quadro 1 – Níveis de significância estatística das variáveis que estiveram associadas no estudo. Picos-PI, 2012*.

Associação proposta	Associação encontrada	Nível de significância estatística**
Características sociodemográficas X	Idade materna e paridade	p = 0,000
	Escolaridade e paridade	p = 0,002
Características clínico-obstétricas	Escolaridade e tipo de parto	p = 0,045
Características clínico-obstétricas X	Idade gestacional e apgar	p = 0,000
	Idade gestacional e peso ao nascer	p = 0,000
Aspectos associados aos recém-nascidos	Nº de consultas pré-natal e peso ao nascer	p = 0,005

*A coleta de dados ocorreu em julho de 2013, contudo os dados se referem à 2012.

** Refere-se à razão de verossimilhança.

Foram esquematizados gráficos (Figuras 1 a 6) para melhor visualização das associações indicadas no Quadro 1.

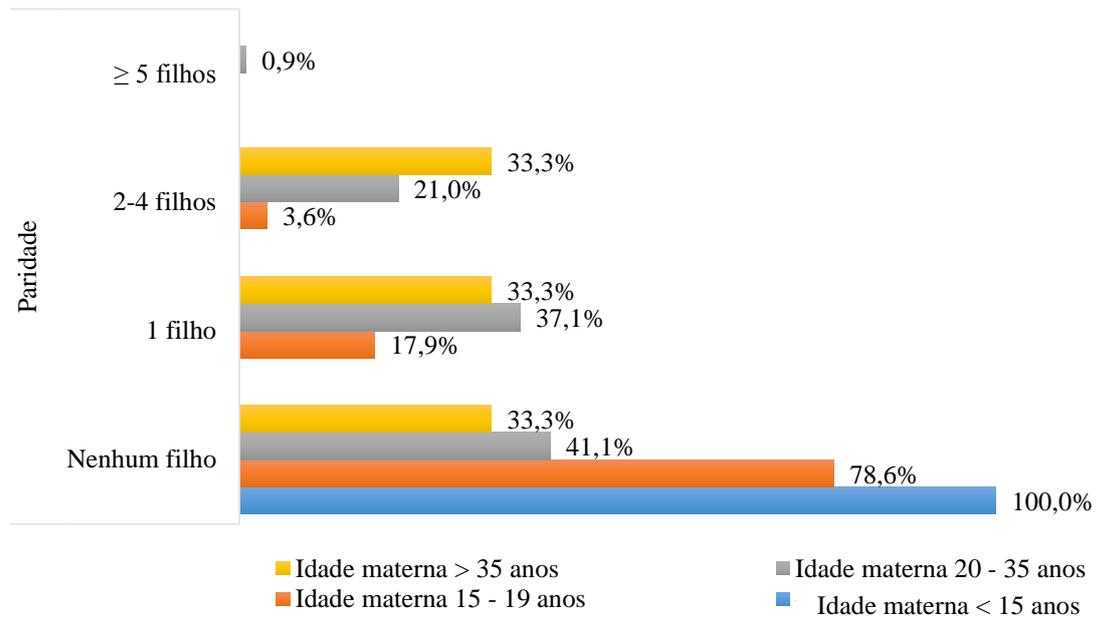


Figura 1 – Relação entre idade materna e paridade no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.

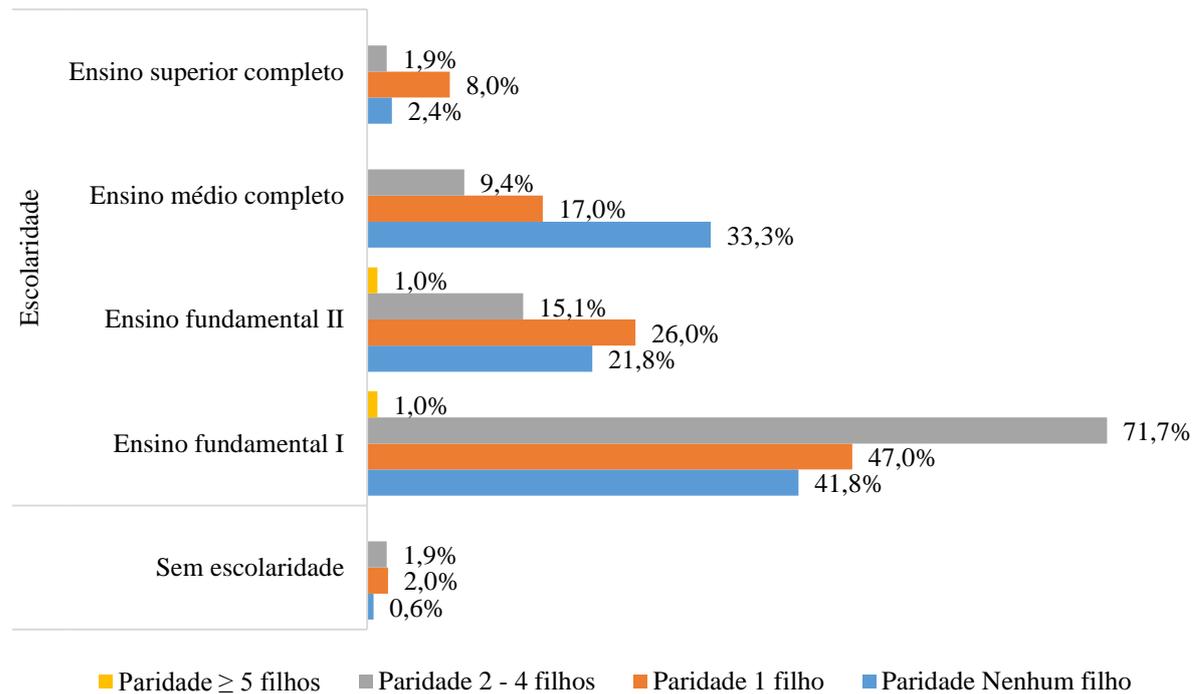


Figura 2 – Relação entre escolaridade e paridade no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.

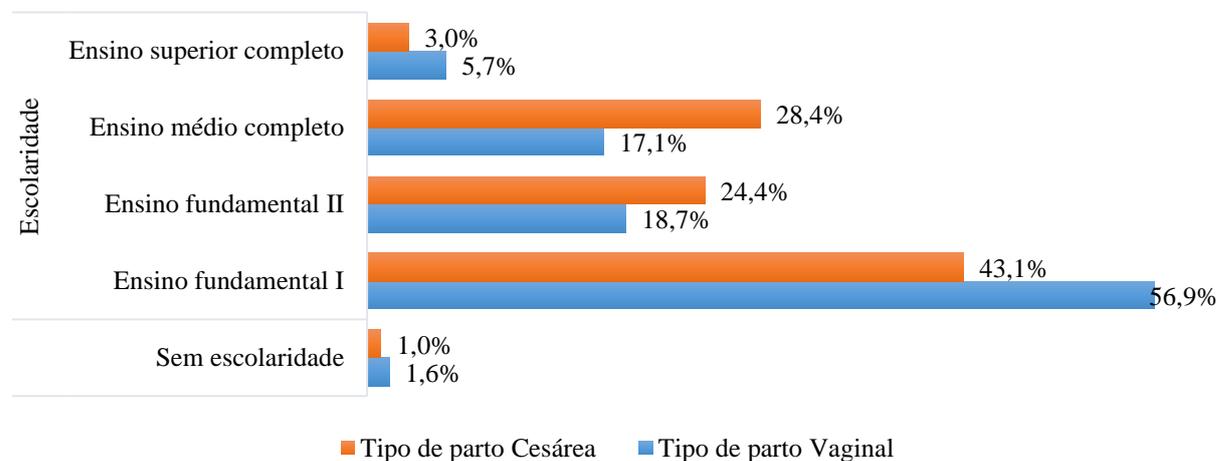


Figura 3 – Relação entre escolaridade e tipo de parto no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.

Por meio das Figuras 1, 2 e 3, verificou-se que houve associação entre algumas características sociodemográficas e clínico-obstétricas, a saber: as mulheres que tinham entre 15 e 19 anos eram em sua maioria primíparas (78,6%; $p= 0,000$); as que possuíam entre 2 e quatro filhos apresentavam baixa escolaridade (ensino fundamental I) (71,7%; $p= 0,002$); essa escolaridade esteve associada ainda ao parto vaginal (56,9%; $p= 0,045$).

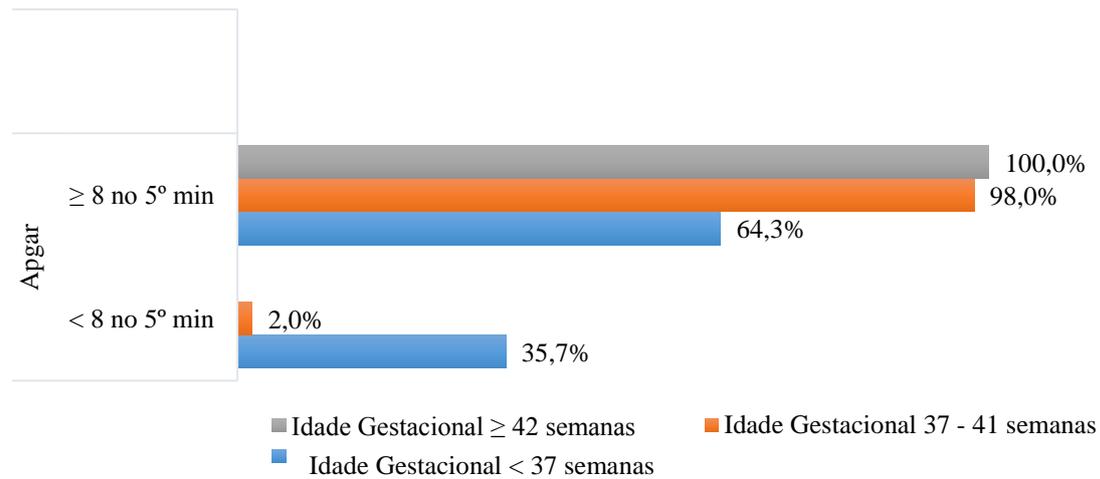


Figura 4 – Relação entre idade gestacional e apgar no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.

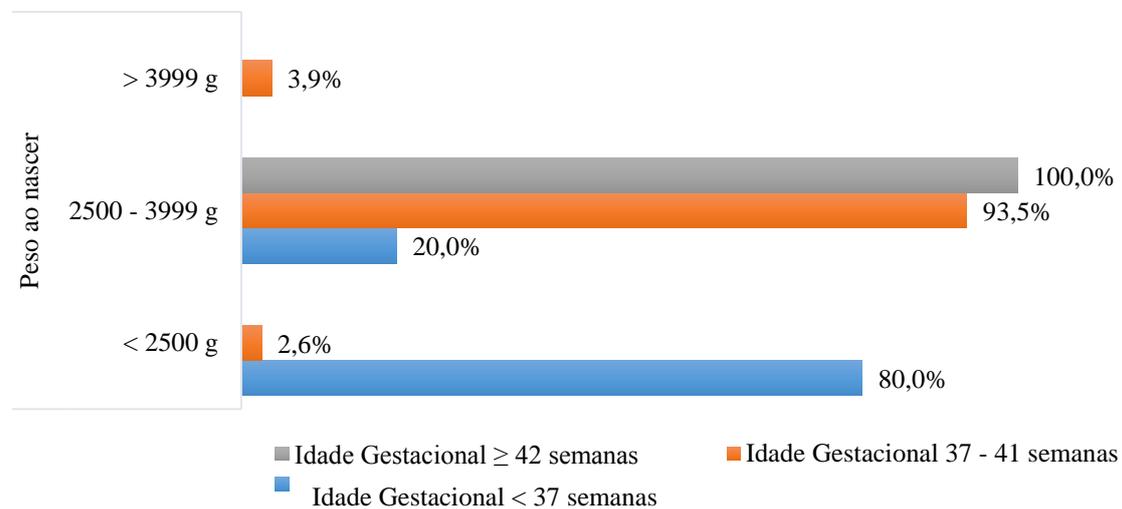


Figura 5 – Relação entre idade gestacional e peso ao nascer no hospital em estudo. Picos PI, 2012.

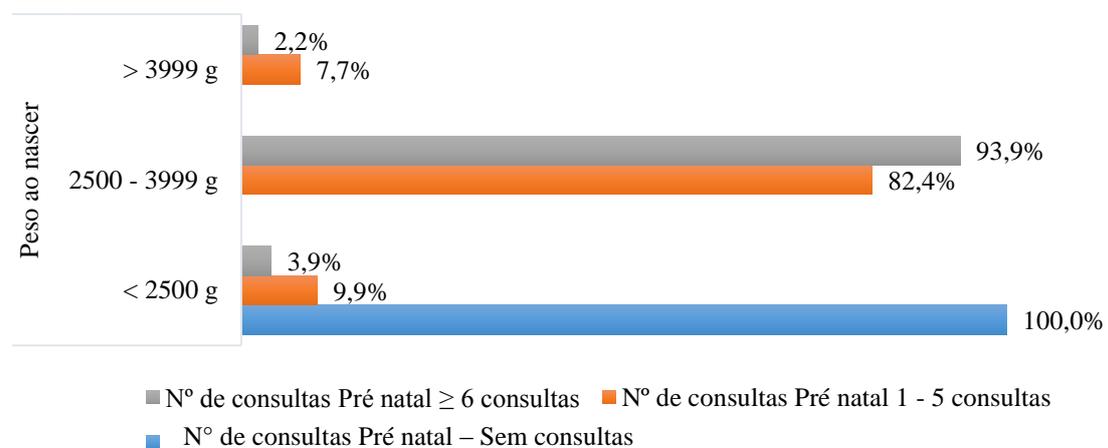


Figura 6 – Relação entre número de consultas pré-natal e peso ao nascer no hospital em estudo. Picos - PI, 2012.

As Figuras de 4 a 6 mostram as associações entre características clínico-obstétricas da parturiente e aspectos associados ao recém-nascido. Dessa forma, encontrou-se que, as que pariram entre 37 e 41 semanas de gestação tiveram filhos com apgar maior ou igual a oito no 5º minuto de vida (98,0%; $p= 0,000$); nas que obtiveram filhos com essa mesma idade gestacional, o neonato pesou entre 2.500 e 3.999g (93,5%; $p= 0,000$) e as que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal apresentaram filhos com peso normal ao nascer (entre 2500 e 3999 g) (93,9%; $p= 0,005$).

6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados, no que diz respeito à faixa etária das parturientes, foram próximos aos encontrados em estudo realizado por Silva e Pelloso (2009) no município de Maringá-PR, em 2006, como, também, por Mascarenhas et al. (2006), em Piripiri-PI, em 2002, sendo, respectivamente, 63,5% e 63,8% as mulheres situadas no intervalo de 20 a 34 anos, da mesma forma, 27,1% e 30,0% de partos realizados nesses estudos ocorreram em mulheres menores de 20 anos. Vale ressaltar que o percentual de mães adolescentes na pesquisa ficou acima do nacional para 2011, que foi de 19,25% de acordo com o DATASUS (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, verifica-se que embora a maioria das parturientes estivessem na faixa etária adequada para a gestação, o percentual de mães adolescentes foi significativo, indicando a necessidade de maiores estratégias de planejamento familiar para esta faixa etária. Com base em Ramos e Cuman (2009), a gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto. As intercorrências relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas às condições socioeconômicas e geográficas, bem como à fragilidade da estrutura familiar e a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais.

O baixo nível de escolaridade materno observado neste estudo é preocupante. Tal nível aproximou-se dos achados em Piripiri-PI, em 2002, em que 74,8% das parturientes concentraram-se no ensino fundamental (MASCARENHAS et al., 2006). Em contrapartida, distanciou-se consideravelmente dos resultados encontrados em São Paulo-SP, em 2010, onde apenas 17,85% das mães apresentaram o referido nível de estudo (SÃO PAULO, 2011). A pesquisa revela a situação ainda precária do ensino no país, principalmente em regiões como o Nordeste brasileiro.

Podemos considerar que, em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o RN, além de impedir o acesso às informações e orientações, restringe a capacidade de cuidado e assistência, dificultando o exercício de direitos e de cidadania. O nível de estudo interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas, quanto menor o grau de instrução, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada, além de hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez (RAMOS; CUMAN, 2009).

Em relação à situação conjugal, o percentual encontrado de mulheres sem companheiro divergiu consideravelmente do valor verificado em Aracaju-SE, em 2010, que foi de 71,31% (CRAVO; OLIVEIRA, 2012). No entanto, esteve em consonância com os 20,8% obtidos em Piripiri-PI, em 2002 (MASCARENHAS et al., 2006). Sendo esse resultado considerado favorável, visto que há predomínio da quantidade de mães com apoio de um companheiro, tendo, supostamente, com quem dividir ou compartilhar suas dificuldades e responsabilidades (RAMOS; CUMAN, 2009). Essa realidade evidencia também que as mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não apresentando na atualidade, em muitos casos, uma composição paternalista, vem ocasionando ocorrendo de forma menos incisiva no Piauí.

A constatação do número de mulheres que tem ocupação remunerada no estudo atinge valores bem inferiores aos encontrados em pesquisa realizada em Campinas – SP, em 2005, onde 39,4% eram providas de trabalho com remuneração; vale salientar que os autores designaram esse percentual baixo (MORCILLO et al., 2010). Esse resultado contrapõe-se às tendências da crescente inserção feminina no mercado de trabalho. É provável que o alto percentual de mulheres que relataram não exercer ocupação remunerada esteja relacionado à baixa escolaridade verificada, como, também, ao predomínio marcante do exercício da agricultura de subsistência, fato que se explica ao observar o grande percentual de lavradoras.

No que se refere à paridade, ou seja, número médio de filhos que uma mulher teria dentro do seu período fértil, o resultado foi condizente com diversos estudos, mostrando, em todos eles, altos índices de mulheres primíparas, como exemplos, podemos citar o percentual de 50,4% de primíparas encontrados em Maringá-PR, em 2006 (SILVA; PELLOSO, 2009) e 48,9% obtidos em Campinas-SP, em 2005 (MORCILLO et al., 2010). Tal resultado, acompanha a tendência de queda da fecundidade apontada pelo Censo 2010. Vale ressaltar que o maior decréscimo na taxa, entre 2000 e 2010, foi observado na região Nordeste. (BRASIL, 2010).

O percentual de mulheres que realizaram seis ou mais consultas pré-natal foi superior aos 58,84% encontrados em Caruaru-PE, em 2007 (MACIEL et al., 2012), além de divergir consideravelmente dos 7,9% observados em Piripiri-PI, em 2002 (MASCARENHAS et al., 2006), mostrando-se essa variável quantitativamente positiva, embora seja necessária uma investigação criteriosa de cunho qualitativo relacionada a essas consultas.

De acordo com Pereira Júnior e Henriques (2010) e Melo e Mathias (2010), é evidente a importância do pré-natal como fator de proteção para a mãe e o bebê, uma vez que, quando realizado de forma adequada, proporciona melhores resultados na gestação, no parto e

no puerpério, diminuindo as complicações e a morbimortalidade infantil nas diferentes faixas etárias. Rodrigues e Zagonel (2010) corroboram, dizendo que a gestação é um fenômeno fisiológico, que, na maioria dos casos, decorre sem complicações, mas requer cuidados especiais proporcionados pela assistência pré-natal. É no pré-natal que se estabelece o vínculo entre profissional e cliente, possibilitando o acompanhamento de importantes mudanças físicas e emocionais. Além disso, é durante o pré-natal que são realizadas atividades educativas associadas ao cuidado em saúde, como também estabelecida a classificação de risco gestacional e realizado direcionamento adequado. A assistência pré-natal reduz cerca de 80% o índice de mortalidade perinatal, mesmo em locais que não dispõem de recursos médicos sofisticados.

A análise da idade gestacional, embora não apresente diferenças acentuadas em relação aos nascidos vivos à termo, mostrou-se acima dos 92,27% obtidos em Foz do Iguaçu – PR, em 2008 (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010) e abaixo dos 98,3% achados em Piripiri – PI, em 2002 (MASCARENHAS et al., 2006). O percentual constatado referente aos prematuros foi menor que os 9,80% nacionais para 2011, chegando à metade desse valor (BRASIL, 2011b). Conforme Pereira e Costa (2010), a duração da gestação trata-se de um dos mais importantes fatores determinantes do crescimento intrauterino. A partir dela é possível identificar a presença de prematuridade e problemas no desenvolvimento fetal. Tal variável é importante fator de risco para a mortalidade neonatal.

O estudo confirma o aumento nos índices de nascimentos por cesariana nos últimos anos. Nunca esteve-se tão longe de atingir os 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2000). O percentual nacional de cesáreas passou de 39%, em 2002, para 53,74%, em 2011, ainda assim, os resultados aqui apresentados sobrepuseram-se ao percentual nacional (BRASIL, 2011b).

Quando necessária, a cesárea trata-se de um procedimento importante para salvar a vida da mãe e do bebê. Por outro lado, sem indicação, em gestações de baixo risco pode levar a grandes consequências como maior mortalidade materna, aumento da morbidade durante e após a cirurgia, maior tempo para recuperação, retardado na amamentação, prematuridade, baixo peso ao nascer, entre outros (RAMOS; CUMAN, 2009).

Pereira Júnior e Henriques (2010) expõem a necessidade de implantar e executar ações de educação em saúde, no sentido de conscientizar a população em destaque de que o parto normal constitui-se em procedimento simples e de menos riscos para a mãe e para a criança. Essa alteração de panorama é possível e podem ser encontradas situações bem-sucedidas no Brasil. Em Piripiri-PI, identificou-se aumento no número de partos vaginais de

72,6 a 77,5%, em 2000 e 2002, respectivamente, e consequente diminuição na proporção de partos operatórios de 27,4 a 22,5% (MASCARENHAS et al., 2006).

Quanto ao sexo do nascido vivo, os valores verificados nesse trabalho corroboram com os obtidos em âmbito nacional, onde 51,21% dos recém nascidos foram do sexo masculino (BRASIL, 2011b), como também com resultados isolados encontrados em Recife-PE, Piri-piri-PI, Maringá-PR e Aracaju-SE. Em todos esses trabalhos, o quantitativo de nascidos vivos do sexo masculino sobrepôs-se ao feminino (VIDAL et al., 2005; MASCARENHAS et al., 2006; SILVA PELLOSO, 2009; CRAVO; OLIVEIRA, 2012).

Em relação ao peso ao nascer, o resultado ultrapassou discretamente valores obtidos em Aracaju-SE, em 2010, onde o percentual de RNs com peso maior ou igual a 2.500g compreendeu 91,65%, enquanto que o peso inferior a 2.500g, segundo a OMS considerado baixo peso ao nascer (BPN) independentemente da idade gestacional, favoravelmente ficou abaixo dos 8,33% encontrados no estudo supracitado (CRAVO; OLIVEIRA, 2012).

Em Piri-piri-PI, em 2002m o quantitativo de nascidos vivos relacionados com o BPN ainda foi menor, situando-se em 4,6% (MASCARENHAS et al., 2006). Segundo Pereira Júnior e Henriques (2010), o peso ao nascer, assim como a idade gestacional é extremamente necessário à medida do crescimento intrauterino, representando um dos mais importantes fatores para a sobrevida da criança.

Nesse mesmo contexto, Pereira e Costa (2010) colaboram afirmando que é sabida a forte associação entre baixo peso ao nascer e morbimortalidade infantil, principalmente no período neonatal, incluindo comprometimento neuromotor, problemas respiratórios crônicos e infecções. Esses autores citam, ainda, fatores originários do BPN, como idade da mãe, desnutrição materna, infecção do trato geniturinário durante a gestação, multiparidade, história de partos prematuros, falta de acompanhamento pré-natal, entre outros. Ramos e Cuman (2009) confirmam que o BPN sempre foi motivo de preocupação para os profissionais e gestores da área de saúde, sendo um indicador geral do nível de saúde de uma população.

O percentual de Apgar no 5º minuto maior ou igual a oito entra em consonância com valores percebidos em estudo realizado em Londrina-PR, em 2006 e 2007 (GABANI et al., 2010), como também, com o identificado no consolidado nacional de 2011 (BRASIL, 2011b), em que contabilizam, respectivamente, 97,9% e 94,08% dos nascidos vivos apresentando este intervalo de índice. O Boletim de apgar serve como um relatório numérico e muito prático para descrever a condição de nascimento e a recuperação do RN quando reanimado (BRASIL, 2012a).

O valor do apgar no quinto minuto revela o estado de oxigenação e vitalidade do RN no período anterior e durante o parto, sendo que valores até sete indicam anóxia neonatal e entre 8 e 10, ausência desta. O apgar insatisfatório, além de indicar o aumento na demanda de recursos tecnológicos e humanos, ainda expõe o RN a maior risco de morbimortalidade neonatal, situação que pode ser minimizada com um pré-natal adequado, permitindo a detecção e tratamento de possíveis situações de risco e do atendimento especializado na hora do nascimento (MELO; MATHIAS, 2010).

Ao correlacionar variáveis, verificou-se que a primiparidade em mulheres entre 15 e 19 anos atingiu valores bem elevados. Segundo o Censo 2010, a taxa de paridade das brasileiras caiu entre 2000 e 2010 e, conforme o levantamento, houve uma mudança na tendência de concentração da fecundidade entre jovens de 15 a 24 anos, observada nos censos de 1991 e 2000. As mulheres, de acordo com dados de 2010, estão tendo filhos com idades um pouco mais avançadas, e mesmo quando a maternidade inicia-se antes, o número de filhos se mantém em proporções menores (BRASIL, 2010).

Pode-se perceber que houve interação relevante entre paridade e escolaridade, mostrando-se estas inversamente proporcionais, isto é, a paridade elevada relacionou-se estreitamente com a baixa escolaridade. O Censo 2010 confirma os achados, afirmando que a taxa de fecundidade é maior conforme o grau de instrução e de rendimento da mulher. Dessa maneira, observa-se a maior contribuição da paridade entre as mulheres sem instrução e com ensino fundamental completo, 33,7% do total em idade fértil (BRASIL, 2010). De acordo com Sanches et al. (2012), a escolaridade é variável fundamental para a compreensão das diferenças no comportamento de saúde reprodutiva da população, variações nos níveis de escolaridade, apontam para diferenças na idade de iniciação sexual, de união estável e, inclusive, no número de filhos acumulados, isso se justifica, pois a baixa escolaridade normalmente está atrelada a um diminuído nível socioeconômico e, conseqüentemente, à falta de acesso à informação, além de evidenciar, deficiência nas políticas de planejamento familiar.

Somando-se ao exposto, observa-se que apesar de se tratar de um hospital público, as mulheres com baixa escolaridade abrigam o maior percentual de partos vaginais. Freitas et al. (2005) obtiveram resultados semelhantes em estudo realizado com primíparas no Rio Grande do Sul, os mesmos autores justificam dizendo que uma estratégia frequentemente utilizada pelas mulheres com melhores condições socioeconômicas para conseguir cesariana no setor público é negociá-la durante o pré-natal conveniado ou privado. Nesse sentido, a

escolaridade parece aumentar a chance de cesariana, não apenas pela diferenciação econômica, mas também pela maior capacidade de negociação com o obstetra.

Patah et al. (2011) corroboram, afirmando que ao contrário das gestantes com acesso a convênios médicos ou serviços particulares, aquelas que realizam o pré-natal pelo SUS frequentemente não têm a chance de escolher o médico que irá assisti-las e, provavelmente, não terão poder de negociação sobre o tipo de parto de sua preferência ou a forma de atendimento que desejam.

Também estiveram associados o apgar elevado à gestação à termo, justificando-se pelo fato de o RN está fisiologicamente maduro para se adequar a realidade externa ao útero materno, enquanto que valores de apgar inferiores a oito estão intrinsecamente relacionados a prematuridade e imaturidade orgânica (BRASIL, 2012b). Observou-se, igualmente, que a idade gestacional está consistentemente ligada ao peso ao nascer, mostrando que esse último será maior à medida que o nascituro atinja a classificação à termo, equivalentemente, o RN pré-termo associou-se ao baixo peso ao nascer, sendo este último um indicativo, em muitos casos, de prematuridade.

Vale lembrar que o baixo peso ao nascer pode estar relacionado, além da idade gestacional, à condição nutricional da mãe, altos níveis de estresse, pré-eclâmpsia e gestações múltiplas (SÃO PAULO, 2011). Ainda neste estudo, verificou-se que o número de consultas pré-natal igual ou superior a seis influenciou positivamente o peso do neonato, evidenciando alto percentual de peso adequado nos filhos de mulheres dentro dessa faixa de consultas. Esse resultado revela a necessidade de assegurar às mães o número mínimo de consultas de pré-natal (seis consultas) para a redução dos eventos adversos, como o baixo peso ao nascer (UCHIMURA et al., 2008).

7 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, pôde-se traçar o perfil dos nascimentos ocorridos na instituição pesquisada, correlacionar variáveis consideradas no delineamento desse perfil, como também, comparar as características encontradas nesse grupo com outras realidades brasileiras. Constatou-se, dessa maneira, que a maioria das parturientes estavam na faixa etária de 20 a 35 anos, apresentavam escolaridade correspondente ao ensino fundamental, possuíam companheiro, tinham como ocupação a agricultura de subsistência, eram primíparas, realizaram seis ou mais consultas pré-natal, situavam-se no intervalo de 37 a 41 semanas de gestação e o tipo de parto que vigorou foi a cesárea. Quanto ao RN, o sexo predominante foi o masculino, exibiu peso superior à 2.500g e apgar no quinto minuto maior que 8.

Ao correlacionar essas variáveis entre si, observou-se grande percentual de primiparidade em adolescentes, baixa escolaridade em mães com maior número de filhos e nas que realizaram partos vaginais, apgar e peso favoráveis em recém nascidos de gestações à termo, como também, peso adequado nos filhos de parturientes que realizaram seis ou mais consultas pré-natal. Ao confrontar os percentuais encontrados na instituição em estudo com outras realidades existentes no país, percebeu-se semelhanças e diferenças segundo as variáveis analisadas.

Nessas circunstâncias, reparou-se que o acesso às informações, o conhecimento sobre a realidade, bem como o acompanhamento constante dos dados, taxas e índices, pelos profissionais de saúde, sobretudo pelo enfermeiro, certamente interferem nas ações desenvolvidas e contribuem no modo de cuidar e assistir à vida. Assim sendo, as variáveis contidas na DNV para o público materno-infantil consiste em fonte rica de dados que, dependendo da forma como são entendidos e interpretados e de sua aplicação no dia-a-dia, podem contribuir diretamente como banco de dados e ser subsídio para planejamento e alicerce de ações de assistência e de prevenção tanto na área da saúde pública quanto na área de assistência hospitalar.

Atuar estrategicamente em uma localidade com o objetivo de intervir nos agravos à saúde implica planejamento das ações, e, portanto, faz-se necessário utilizar indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos, a fim de proporcionar melhores condições de vida e saúde aos indivíduos.

Apesar dos resultados aqui consolidados, cabe destacar algumas limitações que este estudo apresentou, com a finalidade de apontá-las para novas investigações e/ou aprimoramento, em caso de realização de pesquisa semelhante em outro cenário.

O atraso na consolidação e disponibilidade dos dados do SINASC por meio do DATASUS impossibilitou obter informações nacionais de 2012 com fins comparativos aos resultados da presente pesquisa. Além disso, a literatura pertinente ao tema com objetivo similar ao deste estudo para o Piauí é escassa, o que impossibilitou discussão mais detalhada sobre o objeto da presente pesquisa, de acordo com os resultados encontrados.

Por conseguinte, é importante que se desenvolvam mais estudos com essa temática no Piauí e em todo o Brasil, analisando tanto quantitativamente quanto qualitativamente a assistência à saúde materno-infantil e permitindo identificar as divergências encontradas em relação às diferentes regiões, possibilitando, dessa forma, adequar as políticas de saúde direcionadas a esse público, garantindo o acesso e a qualidade na assistência independente da região ou localidade considerada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 14 set. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em fev. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: MS, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: MS, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. 4. ed. Brasília: MS, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Nascidos vivos - Brasil**. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- COELI, C. M. Sistemas de informação em saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 335-336, 2010.
- CRAVO, E. O.; OLIVEIRA, J. V. R. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. **Idéias & Inovação**, v. 1, n. 1, p. 9-17, 2012.
- FREITAS, P. F.; DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C.; GRASSIC, P. R. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005.
- 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. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 205-213, 2010.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MACIEL, S. S. V. et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. **Rev. AMRIGS**, V. 56, n. 1, p. 46-50, 2012.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MASCARENHAS, M. D. M.; RODRIGUES, M. T. P.; MONTE, N. F. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piri-piri, Piauí, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 6, n. 2, p. 175-180, 2006.
- 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p.1233-1239, 2011.
- MELO, E. C.; MATHIAS, T. A. F. Características das mães e dos recém-nascidos em municípios-sede de regional de saúde no Paraná a partir dos dados do SINASC. **Rev. Cogitare enferm.**, v. 15, n. 2, p. 293-301, 2010.
- MORCILLO, A. M.; CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 28, n. 3, p. 269-275, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal. In:_____. **Guia Prático**. Brasília: MS, 2000.
- PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 184-194, 2011.
- PEREIRA JÚNIOR, A. C.; HENRIQUES, B. D. Perfil dos nascidos vivos em Viçosa, Minas Gerais, no período de 2001 a 2007. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 508-513, 2010.
- PEREIRA, C. M.; COSTA, J. M. B. S. **Caracterização dos partos e nascidos vivos de mães residentes no município de Sairé – PE, 2008**. 2010. 29 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. **Distribuição dos municípios por regionais de saúde**. Teresina, 2013. Disponível em: <www.saude.pi.gov.br/ckeditor.../Municipios_por_Regionais.doc> Acesso em: 18 fev. 2013.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POCOCK, S. J. **Clinical trials - a practical approach**. Britain: John Wiley e Sons, 1989.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RODRIGUES, K. S. F.; ZAGONEL, I. P. S. Perfil epidemiológico de nascimentos em foz do Iguaçu / PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 534-542, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo: dez anos do SINASC**. Ano VI, n. 4. São Paulo: SMS, 2011.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em ribeirão preto. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 418-426, 2012.

SILVA, G. F.; PELLOSO, S. M.; Perfil das parturientes e seus recém nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 95-102, 2009.

UCHIMURA, T. T.; PELISSARI, D. M.; UCHIMURA, N. S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 33-38, 2008.

VIDAL, S. A.; ARRUDA, B. K. G.; VANDERLEI, L. C.; FRIAS, P. G. Avaliação da série histórica dos nascidos vivos em unidade terciária de Pernambuco: 1991 a 2000. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 51, n. 1, p. 17-22, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados¹

DATA: ___/___/___	FORMULÁRIO Nº _____
I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
1. Idade Materna: _____	
1.() < de 15 anos 2.() 15 - 19 anos 3.() 20 - 35 anos 4.() > de 35 anos	
2. Escolaridade:	
1.() Sem escolaridade 2.() Ensino Fundamental I 3.() Ensino Fundamental II 4.() Ensino Médio Completo 5.() Ensino Superior Completo	
3. Situação Conjugal:	
1.() Solteira / divorciada / viúva 2.() Casada 3.() União estável	
4. Ocupação Habitual:	
1.() remunerada 2.() não remunerada 3.() Lavradora	
II - CARACTERÍSTICAS CLINICO – OBSTÉTRICAS	
5. Paridade:	
1.() nenhum filho 2.() 1 filho 3.() 2 - 4 filhos 4.() ≥ 5 filhos	
6. Nº de consultas pré natal:	
1.() sem consultas 2.() 1 - 5 consultas 3.() ≥ 6 consultas	
7. Idade gestacional:	
1.() < de 37 semanas 2.() 37 a 41 semanas 3.() ≥ de 42 semanas	
8. Tipo de parto:	
1.() vaginal 2.() cesárea	
III - CARACTERÍSTICAS NEONATAIS	
9. Sexo do RN:	
1.() Masculino 2.() Feminino	
10. Peso ao nascer:	
1.() < de 2.500 g 2.() 2.500 a 3.999g 3.() > de 3.999g	
11. Apgar:	
1.() < 8 no 5º min. 2.() ≥ 8 no 5º min	

¹ Adaptado da Declaração de Nascido Vivo - SINASC e utilizados parâmetros do Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2011, 2012).

Obs.: O formulário acima foi elaborado com base nos dados disponíveis no livro do "Berçário" da instituição fonte da pesquisa.

APÊNDICE B - Termo de fiel depositário



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____, cargo _____ fiel depositário dos prontuários e da base de dados do Hospital Regional Justino Luz, da cidade de Picos - PI, declaro que a Pesquisadora está autorizada a realizar nessa Instituição o projeto de pesquisa: "**Perfil das parturientes e nascidos vivos de um hospital regional**", sob a responsabilidade da Pesquisadora Marília Braga Marques, cujo objetivo geral é "Caracterizar Parturientes e Nascidos Vivos de um Hospital Regional".

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
3. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Picos - PI, ____ de _____ de 2013.

(Carimbo e assinatura do responsável)

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5734 - email:
cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A - Modelo da declaração de nascido vivo

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo	
I	1 Nome do Recém-nascido		
	Data e hora do nascimento		3 Sexo
	2 Data	Hora	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
II	4 Peso ao nascer		5 Índice de Apgar
	em gramas		1º minuto 5º minuto
	6 Detectada alguma anomalia congênita? <small>Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las</small>		
III	7 Local da ocorrência		8 Estabelecimento
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 9		Código CNES
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)		
IV	11 Bairro/Distrito		10 CEP
	Código	12 Município de ocorrência	Código
	13 UF		
V	14 Nome da Mãe		15 Cartão SUS
	16 Escolaridade (última série concluída)		17 Ocupação habitual
	Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> 9		Série Código CBO 2002 (Informar anterior, se aposentada/desempregada)
VI	18 Data nascimento da Mãe	19 Idade (anos)	20 Naturalidade da Mãe
			Município / UF (se estrangeiro informar País)
	21 Situação conjugal		
VII	22 Raça / Cor da Mãe		23 Logradouro
	<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Ignorada		Número Complemento 24 CEP
	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela		
VIII	25 Bairro/Distrito		26 Município
	Código	Código	27 UF
	28 Nome do Pai		
IX	29 Idade do Pai		
	30 Histórico gestacional		
	<input type="checkbox"/> Nº gestações anteriores <input type="checkbox"/> Nº de partos vaginais <input type="checkbox"/> Nº de cesáreas <input type="checkbox"/> Nº de nascidos vivos <input type="checkbox"/> Nº de perdas fetais / abortos		
X	31 Data da Última Menstruação (DUM)		32 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada
			Método utilizado para estimar
	33 Número de consultas de pré-natal		34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal
XI	35 Tipo de gravidez		36 Apresentação
	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla ou mais <input type="checkbox"/> 99 Ignorado		<input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
	37 O Trabalho de parto foi induzido?		38 Tipo de parto
XII	39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?		40 Nascimento assistido por
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeira/Obstetiz <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
	41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas		
XIII	42 Data do preenchimento		43 Nome do responsável pelo preenchimento
			44 Função
	45 Tipo documento		46 Nº do documento
XIV	47 Órgão emissor		48 Cartório
	<input type="checkbox"/> CNES <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> COREN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF		Código
	49 Registro		50 Data
51 Município		52 UF	

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.