

Perfil epidemiológico das puérperas e nascidos vivos no estado de Goiás

Epidemiological profile of puerperas and live births in the state of Goiás

Ana Luiza Aguiar Ávila, Juliano de Faria Mendonça Júnior*, Luiz Henrique Ribeiro Motta, Ramuel Egídio de Paula Nascente Júnior, Thiago de Almeida e Silva, Heloísa Silva Guerra

Universidade de Rio Verde (UniRV), Aparecida de Goiânia- GO - Brasil.

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil de nascidos vivos de mães residentes no estado de Goiás entre 2010 e 2016. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo a partir de dados secundários dos nascidos vivos de mães residentes no estado de Goiás, entre 2010 e 2016, a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Resultados:** Em relação ao perfil materno, o parto hospitalar (99,5%) e idade materna de 20-39 anos (53%) foram predominantes. No tocante ao perfil obstétrico, prevaleceram as gestações a termo (84,5%), o parto cesáreo (69,54%) e a realização de sete ou mais consultas pré-natais (66,77%). No perfil dos nascidos vivos: peso ao nascer superior a 2.500 gramas (92%) e Apgar entre 8-10 no 1º e 5º minuto (87,29% e 97,32%) respectivamente, foram maioria na amostra estudada. Apenas 0,64% dos nascidos vivos apresentaram malformação congênita. **Conclusões:** Os nascidos vivos do Estado de Goiás eram, em sua maioria, do sexo masculino, a termo, de partos operatórios, sem malformações congênitas e filhos de mães jovens, casadas e com mais de oito anos de estudo. Conhecer o perfil de nascidos vivos pode colaborar no planejamento de ações mais efetivas no âmbito da saúde da mulher e da criança.

Abstract

Objective: To describe the profile of live births of mothers living in the State of Goiás between 2010 and 2016. **Methods:** This is a descriptive, quantitative and retrospective study based on secondary data of live births of mothers residing in the state of Goiás between 2010 and 2016, from the Information System on Live Births. **Results:** In relation to the maternal profile, hospital delivery (99.5%) and maternal age of 20-39 years (53%) were predominant. Regarding the obstetric profile, preterm pregnancies (84.5%), cesarean delivery (69.54%) and seven or more prenatal consultations (66.77%) prevailed. In the profile of live births: birth weight above 2,500 grams (92%) and Apgar between 8-10 in the 1st and 5th minute (87.29% and 97.32%) respectively, were the majority in the sample studied. Only 0.64% of live births presented congenital malformation. **Conclusion:** The live births of the State of Goiás were, for the most part, male, at the end of operative deliveries, without congenital malformations and the children of young mothers, married and with more than eight years of study. Knowing the profile of live births can collaborate in the planning of more effective actions in the scope of the health of the woman and the child.

Palavras-chave:

Nascimento Vivo, Perfil de Saúde, Saúde materno-infantil.

Keyword:

Live Birth, Health Profile, Maternal and Child Health.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Juliano de Faria Mendonça Júnior: julianofmjr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são um conjunto de componentes correlacionados, que coletam, processam, armazenam e distribuem informações que podem fundamentar a elaboração de trabalhos científicos, bem como apoiar a tomada de decisão dentro das organizações de saúde a partir da compreensão da situação de saúde da população.¹

Dentre vários Sistemas de Informação, destaca-se o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), um sistema de informações de âmbito nacional, cuja responsabilidade é das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.² Ele baseia-se nos dados contidos na Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento oficial obrigatoriamente emitido pela unidade de saúde onde ocorreu o nascimento. O SINASC foi implantado em 1990, pelo Ministério da Saúde, de forma lenta e gradual e os dados que o alimentam, são gerados a partir do nascimento das crianças e do subsequente preenchimento da DNV, tanto na rede pública como na rede privada. Essa DNV, sempre deve ser gerada, independente do parto ter sido assistido por médico ou não. Nesse caso, temos o exemplo de partos domiciliares, em que o preenchimento é de responsabilidade das secretarias de saúde ou cartórios de registro civil da localidade onde ocorreu o parto, ou até mesmo parteiras credenciadas junto à secretaria de Saúde, que podem preencher a DNV normalmente.^{3,4}

Além disso, é oportuno mencionar que durante os 10 primeiros anos de funcionamento, isto é, durante toda década de 90 o preenchimento da DNV não era, de fato, obrigatório. Isso aconteceu, tendo em vista que apesar de ter sido criada em 1990, sua regulamentação só veio acontecer 10 anos mais tarde, em 31/08/2000, dia em que a coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio das informações sobre nascidos vivos para o nível central foram regulamentados por meio da Portaria nº 475 do MS, (D.O.U de 4/09/2000). Antes da publicação dessa Portaria o

preenchimento da DNV, já era feito, como resultado de uma adequação ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que prevê em seu artigo 10 que os hospitais são obrigados a "IV. fornecer declaração de nascimento onde constem, necessariamente, as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato". Esse documento era admitido como sendo a DNV, apesar da inespecificidade mencionada no ECA.⁵

O atual fluxo de dados coletados e fornecidos por meio da DNV são revisados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, antes de serem enviadas para o Ministério da Saúde. Esse, novamente as submete a uma revisão, subdividindo-as por estado de residência da mãe. Tais revisões aumentam a validade dos dados e visam à detecção de possíveis erros eventuais durante algumas das etapas do preenchimento da DNV ou na digitação e lançamento dos dados. Essa revisão é feita a partir do cruzamento de variáveis para a verificação de possíveis inconsistências.^{3,6}

Uma avaliação regular de um sistema de informação em saúde permite verificar se as informações estão atualizadas, cuja função de coletar e processar dados demográficos e epidemiológicos, ajuda conhecer e dimensionar a magnitude dos eventos e a realidade da situação de saúde dos nascidos vivos, estimar os riscos e identificar grupos vulneráveis, possibilitando a construção de indicadores que podem subsidiar o planejamento.

Nesse sentido, nota-se que o (SINASC) pode ser muito útil, ao fornecer informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional, possibilitando o subsídio de intervenções no que se refere não somente as gestantes e recém-nascidos, mas também medidas gerais que abrangem a saúde da mulher e da criança.⁷ Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil de nascidos vivos de mães residentes no estado de Goiás entre 2010 e 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa e retrospectiva, utilizando dados secundários, registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra incluiu os dados de todos os nascidos vivos no estado de Goiás, no período de tempo de 2010 a 2016.

As variáveis do estudo foram divididas em 3 categorias: 1) Variáveis maternas: idade materna, estado civil, raça/cor e escolaridade. 2) Variáveis obstétricas: duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto e quantidade de consultas pré-natal. 3) Variáveis perinatais: sexo, peso ao nascer, Apgar 1º e 5º minuto e presença/tipo de anomalias congênitas.

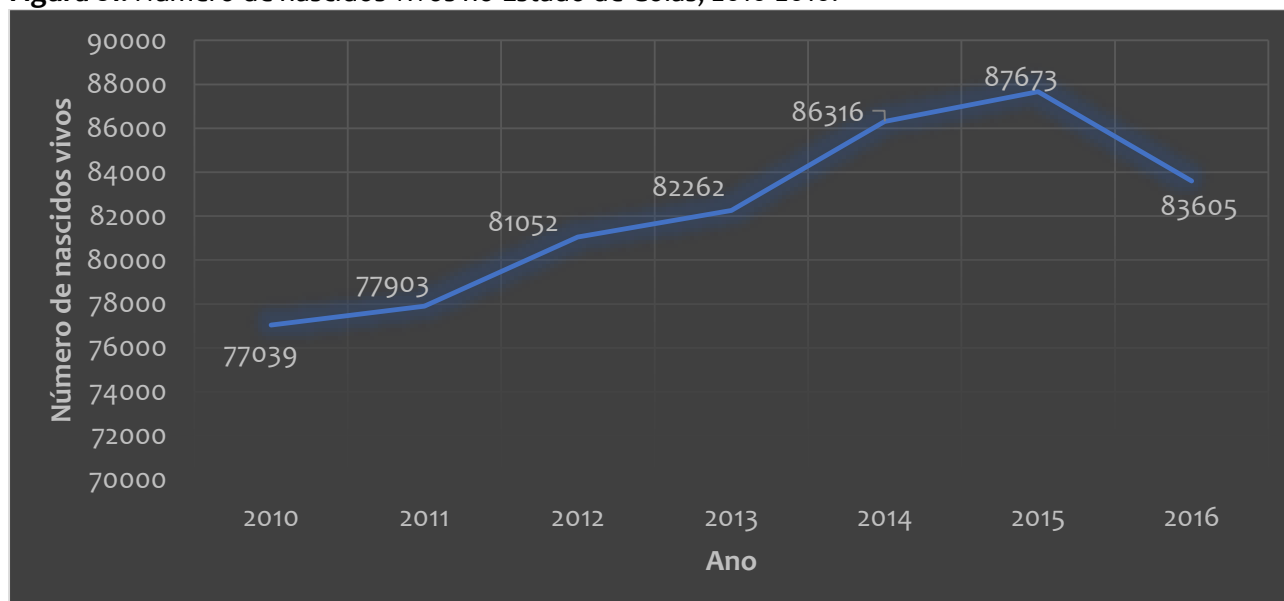
A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva e os resultados

apresentados em números absolutos e percentuais, sob a forma de gráfico e tabelas. As tabelas e os gráficos foram construídos utilizando-se os softwares: Microsoft Office Excel 2016 e Tabwin 3.6 disponível no site do DATASUS. Por se tratar de dados de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados do SINASC, observou-se que no período temporal analisado (2010-2016), o número de nascidos vivos no estado de Goiás, foi de 575.850, correspondendo a uma média anual de 82.264 nascimentos ($DP \pm 3.689$). Dos anos estudados, o ano de 2015 e 2010, foram os que apresentaram maior e menor número de nascimentos, correspondendo a 87.673 (10,1%) e 77.039 (8,3%), respectivamente (Figura 1).

Figura 01: Número de nascidos vivos no Estado de Goiás, 2010-2016.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Em relação ao local de ocorrência do nascimento dos nascidos vivos (NV), houve predominância no ambiente hospitalar, correspondendo a 99,5% dos nascimentos. Apenas 0,19% dos casos ocorreram em ambiente domiciliar

O perfil das características maternas dos nascidos vivos leva em consideração as seguintes variáveis: idade materna, estado civil, raça/cor e escolaridade (Tabela 1). Quanto a idade materna, destacou-se a elevada frequência de mães adolescentes (idade inferior a 20 anos), representando um percentual de 17,85% dos

casos. A maioria das mães encontravam-se na faixa etária dos 20-35 anos (72,40%) e as mulheres com idade superior a 35 anos corresponderam a 9,78% dos casos. Em relação ao estado civil, observou-se predominância de mulheres casadas (40,75%), seguida de mulheres solteiras (37,85%) e em união consensual

(18,07%). A raça/cor predominante foi a parda (53,28%), seguida de branca (32,4%) e preta (2,88%). Já no tocante à escolaridade materna, o percentual de mães com menos de oito anos de estudo (primeiro grau incompleto) foi de (20,92%), enquanto (77,09%) apresentaram escolaridade maior ou igual a oito anos.

Tabela 1: Características maternas dos nascidos vivos do Estado de Goiás entre 2010 e 2016.

Variável	N	%
Idade		
<25	259.295	45,02
25-39	306.519	53,22
≥ 40	9852	1,71
Ignorado	184	0,03
Estado civil		
Solteiro	217.960	37,85
Casado	234.715	40,75
Viúva	1.121	0,19
Separada Judicialmente	6.834	1,18
União consensual	104.076	18,07
Ignorado	11.144	1,93
Raça/cor		
Branca	186.580	32,4
Preta	16.639	2,88
Amarela	3.638	0,63
Parda	306.830	53,28
Indígena	498	0,08
Ignorado	61.665	10,7
Escolaridade		
<8 anos	120.486	20,92
≥ 8 anos	443.952	77,09
Ignorado	11.412	1,98
Total	575.850	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No perfil obstétrico foram consideradas as seguintes variáveis: duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto e quantidade de consultas pré-natal realizadas

(Tabela 2). Em relação à duração da gestação, observou-se que a maioria (84,5%) ocorreu entre 37 a 41 semanas. Além disso, o tipo de parto mais comum foi a cesárea (69,54%). O tipo de

gravidez, em sua maioria, foi única, com proporção de (97,7%). O número de consultas também foi analisado e houve predominância

das puérperas que realizaram de sete ou mais consultas (66,77%).

Tabela 2: Perfil obstétrico das puérperas dos nascidos vivos no estado de Goiás no período de 2010 a 2016.

Variável	N	%
Duração da gestação (semanas)		
<37	54.132	9,4
37-41	487.035	84,5
≥ 42	15.893	2,75
Ignorado	18.790	3,2
Tipo de parto		
Vaginal	174.002	30,2
Cesáreo	400.474	69,54
Ignorado	1.374	0,23
Tipo de gravidez		
Única	562.964	97,7
Dupla	10.821	1,87
Tripla ou mais	506	0,08
Ignorado	1.559	0,27
Número de consultas pré-natal		
Nenhuma	19.277	3,34
1 a 3	27.946	4,85
4 a 6	140.348	24,37
7 ou mais	384.514	66,77
Ignorado	3.765	0,65
Total	575.850	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A tabela 3 apresenta as características perinatais dos nascidos vivos quanto ao sexo, peso ao nascer, Apgar 1º e 5º minuto e presença de anomalias congênitas. Em relação ao sexo, pôde-se observar que 51,01% das crianças nascidas eram do sexo masculino. A avaliação do peso ao nascer também foi incluída, e a maioria dos nascidos vivos (92,04%) pesou 2.500 gramas ou mais, enquanto, o percentual de baixo peso (menor que 2.500 gramas) representou a

minoridade dos casos (7,94%). O índice de Apgar, que considera indicadores para avaliação das condições do nascimento, foi avaliado e verificou-se que a maioria apresentou boa vitalidade (Apgar de 8 a 10) no primeiro e quinto minuto, com (87,29%) e (97,32%), respectivamente. Além disso, observou-se que a grande maioria dos nascidos vivos (95,4%) não apresentaram nenhuma malformação congênita.

Tabela 3: Características perinatais dos nascidos vivos no estado de Goiás no período de 2010 a 2016.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	293.798	51,01
Feminino	281.682	48,91
Ignorado	370	0,06
Peso ao nascer (gramas)		
<2500g	45.769	7,94
≥2500g	530.061	92,04
Ignorado	20	0,003
Apgar no primeiro minuto		
0 a 2	4.056	0,7
3 a 5	13.258	2,3
6 a 7	53.500	9,29
8 a 10	502.682	87,29
Ignorado	2.354	0,4
Apgar no quinto minuto		
0 a 2	1.596	0,27
3 a 5	2.183	0,37
6 a 7	9.375	1,62
8 a 10	560.471	97,32
Ignorado	2.225	0,38
Malformação congênita		
Sim	3.731	0,64
Não	549.393	95,4
Ignorado	22.726	3,94
Total	575.850	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, o número absoluto de nascimentos observado, referente ao período de 2010 a 2016 em Goiás, foi de 82.264 nascidos vivos por ano, média acima da encontrada em estudo realizado no Piauí sobre puérperas e nascidos vivos, onde os autores reportaram um número absoluto de nascimento de 588.473,

correspondendo com uma média anual de 53.522.⁸

Observou que a maior parte dos nascimentos ocorreu em ambiente hospitalar, sendo que tal resultado foi semelhante ao encontrado em outros estudos observados na região sul e nordeste. Uma aparente explicação para os resultados relatados é que o acesso aos

serviços de saúde nessa fase de vida da mulher é indispensável para uma assistência adequada aos nascidos.⁸ Com isso, a efetiva utilização dos serviços de saúde decorre de uma gama de fatores, que inclui características sociodemográficas, idade, valores dos indivíduos, e até a organização e a forma de financiamento do sistema de saúde. No Brasil, a maioria dos partos ocorre nos hospitais e apenas uma pequena parcela é feita em outros serviços ou domicílio.⁹

Quanto às características das mães dos nascidos vivos, observou-se que a maior prevalência de idade foi entre 25 a 39 anos. Além disso, houve alta prevalência entre mães adolescentes com idade inferior a 25 anos. Com isso, vale lembrar que o desenvolvimento normal da gestação está diretamente correlacionado com a idade, de modo que, os extremos de idade, estão mais expostos aos riscos de possíveis complicações e sobrevivência do concepto.¹⁰

Dados do Ministério da Saúde apontam que o Brasil tem a sétima maior taxa de gravidez na adolescência da América do Sul.⁹ Esse contexto, frequentemente associa-se a entraves de cunho econômico, psicológico, educacional e comportamental, agravando ainda mais a situação social existente, com problemas diversos e elevação da situação de risco e vulnerabilidade social.¹⁰

O predomínio de mães casadas em detrimento de solteiras ou em união consensual difere do apresentado por autores do município de Belo Horizonte, que relataram maior prevalência de mulheres solteiras (32,9%) na caracterização do perfil epidemiológico de puérperas da região. Ainda neste estudo ressalta-se a importância de verificar a situação conjugal das mães, uma vez que a situação conjugal instável é um aspecto relevante devido a diminuição do apoio psicológico nessa fase.¹¹

No presente estudo, a raça/cor maternas parda foi a mais prevalente. Esses resultados devem ser interpretados a partir dos dados demográficos da população residente por cor, conforme liberado pelo IBGE, pois em

algumas regiões como no Nordeste, a maioria da população é de cor parda e preta, o que pode alterar justificar o perfil encontrado.¹² Contudo, já na região centro-oeste, a maioria da população (49,1%) é branca, seguidos da população parda (45,1%).¹³

As mães com escolaridade maior ou igual a oito anos foram maioria neste estudo. Conhecer essa característica faz-se importante, à medida que a escolaridade baixa (menor que cinco anos de estudo regular) é um importante fator de risco na gravidez.¹⁰

Em se tratando do perfil obstétrico analisado, observou-se que a duração da gestação mais prevalente foi a termo, seguida da pré-termo (prematividade). A Organização Mundial da Saúde (OMS), define como parto pré-termo aquele em que a gestação finaliza entre a 20ª e a 37ª semanas. Em cidade do Piauí se constatou que a prematuridade ocorreu em 7,6% dos nascimentos por eles estudados, percentual semelhante ao encontrado no presente estudo.⁸

A Organização Mundial da Saúde preconiza que a taxa de cesarianas seja menor que 15% em todos os países do mundo. De modo discordante, em se tratando de vias de parto, este estudo constatou que a maior parte dos partos realizados no período foi cesárea. Em Piri-piri, no Piauí, observou-se que o tipo de parto vaginal predomina com porcentagem ultrapassando 75%, representando uma situação diferente da observada neste estudo, em virtude de regiões, culturas e recursos diferenciados.⁶

Tem-se observado cada vez mais as conquistas das mulheres no mercado de trabalho e, por conseguinte, a postergação do desejo gestacional.¹⁰ No estudo apresentado, a gravidez única se destacou como a principal ocorrência de tipo de gravidez, representando 97,7% dos casos, e o conseguinte aumento da idade da gestação. Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul também mostrou que a mulher tem retardado o início da gestação, fazendo com que se elevem os números de gestantes na idade adulta (30-39 anos e mais de 40).¹⁴

A assistência pré-natal possui como objetivos essenciais assegurar uma evolução da gravidez coerente e normal, preparar a mãe para o parto, puerpério e lactação e identificar, de modo rápido, as possíveis situações de risco e evitar complicações. O Ministério da Saúde preconiza um mínimo de seis consultas pré-natais. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), observou-se que 80,9% das gestantes realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal. No estudo ora apresentado, a proporção de mulheres que realizaram de quatro a sete ou mais consultas representa aproximadamente 91,14% dos casos, caracterizando a assistência ao pré-natal uma atividade acessível.¹²

Observando-se o sexo dos nascidos vivos neste estudo, constatou-se que houve uma maior proporção no sexo masculino (51,01%) em comparação ao feminino (48,91%). De acordo com o Ministério da Saúde, nascem mais crianças do sexo masculino do que do sexo feminino, em torno de 3% a mais. Em estudo realizado em Chapecó, SC, os dados apontaram que o sexo masculino representou 51,1% dos nascidos vivos, corroborando com os achados deste estudo.¹⁵

Sobre o peso ao nascer, os nascidos vivos de peso normal (peso $\geq 2.500\text{g}$) representaram a maioria entre a população neonatal. Observou-se o baixo peso ao nascer ($< 2.500\text{g}$), em uma pequena parcela da população neonatal analisada. Os dados corroboram com os encontrados em estudos realizados em Minas Gerais, onde a prevalência de baixo peso em recém-nascidos foi semelhante.^{11,16} Em um destes estudos, a análise apontou uma associação estatística significativa entre baixo peso ao nascer e prematuridade, mães idosas, mães jovens e escolaridade materna inferior que primeiro grau completo e consultas de pré-natal menores ou iguais a seis consultas.¹⁶ O peso ao nascer constitui uma das principais medidas de crescimento intra-uterino, e o baixo peso está associado a casos de morbidade grave e óbito neonatal.¹¹

Além disso, problemas como oligodrâmnio, descolamento prematuro de placenta e pré-eclâmpsia também podem estar relacionados ao parto prematuro e baixo peso ao nascer.¹⁷

A tradução da vitalidade do recém-nascido, por meio do índice de Apgar, é uma medida de fácil obtenção, colaborando para identificação de neonatos de risco. O índice de Apgar no primeiro minuto de vida diz respeito à vitalidade do recém-nascido e se relaciona com a qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde no momento do nascimento.¹⁸

Nesse estudo, o Apgar foi de 8 a 10 no primeiro minuto na maioria dos nascidos vivos, resultando em porcentagem elevada em comparação a outros estudos, como o observado no nordeste brasileiro, que constatou Apgar de 8 a 10 em 70,6% no primeiro minuto.⁸

No que tange a presença de malformações congênitas, em quase sua totalidade, não foram observados defeitos congênitos dos neonatos neste estudo. Contudo, entre os defeitos congênitos, houve uma maior prevalência de outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular, representando 0,2% dos conceitos. A predominância dessas malformações osteomusculares, pode estar correlacionada à maior facilidade de diagnóstico, uma vez que são mais visíveis no momento do nascimento por meio do exame físico.¹⁹

Destaca-se que uma das limitações deste estudo se deve à presença de informações ignoradas, devido à possibilidade de falhas ao longo do preenchimento da DNV. Mesmo assim, o uso do SINASC como instrumento de avaliação no setor saúde, se mostrou indubitavelmente importante.

CONCLUSÃO

Através dos resultados apresentados no presente trabalho, conclui-se que, no estado de Goiás, no período de tempo que compreendeu os anos de 2010 a 2016, a

caracterização do perfil das puérperas e dos nascidos vivos se apresentou da seguinte forma: a maioria das mães apresentou idade entre 25 a 39 anos, casadas, de raça/cor parda e com mais de oito anos de estudo; a maioria dos partos ocorreu em ambiente hospitalar; houve predominância de neonatos do sexo masculino; os nascidos vivos foram, predominantemente, a termo; os partos operatórios superaram os vaginais, com uma grande margem de superioridade; grande parte das gravidezes foi do tipo única; a assistência pré-natal demonstrou-se acessível, uma vez que o número de mulheres que realizaram mais de sete consultas foi predominante; pequena parcela dos nascidos vivos apresentaram malformações congênitas, sendo o tipo mais prevalente as do sistema osteomuscular.

Embora tenha demonstrado grande utilidade na captação de dados da população puerperal e neonatal, o SINASC necessita de ações fortalecedoras que contribuirão para a melhoria de suas informações, procurando garantir a cobertura de 100% dos nascidos vivos. Dessa forma, o presente estudo corrobora na necessidade de maior atenção no preenchimento e captação dos dados, com a finalidade de reduzir as informações ignoradas e fornecer dados com elevada confiabilidade.

Apesar dessas melhorias a serem feitas, o SINASC pode ser considerado um grandioso instrumento para o monitoramento e avaliação da realidade local de modo mais imediato, colaborando para o planejamento de ações que sejam efetivas no âmbito da saúde da mulher e da criança.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Ávila ALA, Mendonça Júnior JF, Motta LHR, Nascente Júnior REP, Silva TA, Guerra HS. Perfil epidemiológico das puérperas e nascidos vivos no estado de Goiás. *Rev. Educ. Saúde* 2019; 7 (1): 90-99.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/ Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2015. 166 p.
2. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo. Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. 24p.
3. Brasil. Ministério da Saúde, 2011 (on line). Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Acesso em 20/06/2017. [citado 25 jun. 2017] Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/08/inst_dn.pdf
4. Oliveira MM de, Andrade SSCA, Dimech GS, Oliveira JCG de, Malta DC, Rabello Neto DL et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 Dez; 24(4):629-640.
5. Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Cien Saude Coletiva*. 2007;12(3):643-54.
6. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(2):175-81.
7. Marinho F, Araújo VEM, Porto DL, Ferreira HL, Coelho MRS, Lecca RCR, et al. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de

- Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 2016; 25(4):701-12.
8. Santos GM, Silva AJA, Costa RF, Silva LA, Sousa CRO, Barreto MTS. Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um Estado do Nordeste. *Rev UNINGÁ Review*. 2017;31(1):12-8.
9. Cravo EO, Oliveira JVR. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. *Ideias & Inovação*. 2012; 1(1): 9-17.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Ferreira VA, Gomes NS, Pissetti CW, Silva SR, Ruiz MT. Perfil epidemiológico dos Nascidos Vivos em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev Enf Centro-oeste Mineiro*. 2018;8e2550.
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD, 2010. [Acesso 20 jun. 2017] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=2&cat=-1,-%25202,3,4,-3,128&ind=4707>
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico, 2010 (on line). Rio de Janeiro. Acesso em 20/06/2017. [Citado em 25 jun. 2017] Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
14. Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos, KM. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. *Revista Saúde*. 2013; 39(2): 99-108.
15. Correio RAS, Correio LF, Correio MAB. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016;10(2): 1-16.
16. Guimarães EAA, Velasquez-Melendez G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002;2(3): 283-290
17. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Cien Saude Coletiva*. 2016; 21(6):1965-1974.
18. Gaíva MAM, Lopes FSP, Ferreira SMB, Mufato LF. Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. *Rev. Eletr. Enf*. 2018; 20(2): 1-10.
19. Cosme HW, Lima LS, Barbosa LG. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1): 33-38