

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde

Rodrigo Aguiar da Silva

**O PROCESSO DE NASCIMENTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
DA ZONA URBANA E RURAL**

Chapecó – SC, 2014

RODRIGO AGUIAR DA SILVA

**O PROCESSO DE NASCIMENTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
DA ZONA URBANA E RURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, como parte dos requisitos para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Linha de Pesquisa: **Saúde, Sociedade e Ambiente**.

Orientadora: **Prof.^a Dr.^a. Lucimare Ferraz**.

Chapecó – SC, 2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Comunitária da Região de Chapecó, com dados fornecidos pelo autor.

Catálogo elaborado por
Joseana Foresti
CRB 14/536
Biblioteca da UnoChapecó

S586p Silva, Rodrigo Aguiar da
O processo de nascimento : perfil epidemiológico da
zona urbana e rural / Rodrigo Aguiar da Silva.-- 2014.
114 p.; il. 23 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade
Comunitária da Região de Chapecó, 214
Inclui bibliografias

1. Recém-nascidos. 2. Recém-nascidos - Peso baixo.
 3. Prematuros. 4. Recém-nascidos - Cuidado e tratamento.
- I. Ferraz, Lucimare. II. Título.

000 23 -- 618.9201


UNOCHAPECÓ

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**O PROCESSO DE NASCIMENTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
DA ZONA URBANA E RURAL**

Rodrigo Aguiar da Silva

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Saúde
sendo aprovada em sua forma final.



Prof. Lucimare Ferraz, Dra. em Saúde Coletiva
Orientadora

BANCA EXAMINADORA



Prof. Valéria Silveira Faganello Madureira, Dra. em Enfermagem



Prof. Maria Assunta Busato, Dra. em Biologia

Chapecó, 28 de agosto de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais Alcindo e Maria Albertina e a minha companheira Estela, que me acompanharam durante esta trajetória, sempre me motivando. Minha eterna gratidão pela ajuda nesta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter ofertado força, saúde e coragem para seguir nesta caminhada e por ter ajudado a manter a fé e a esperança nos momentos mais difíceis, além de estar sempre iluminando meu caminho.

Aos meus pais, Alcindo Rodrigues da Silva e Maria Albertina Aguiar da Silva, por terem me dado a vida e me fazer compreender o valor do estudo e o saber da vida, e principalmente por sempre terem acreditado em mim, me apoiando em todos os passos, mesmo naqueles mais difíceis.

À Estela Marisa Specht, meu amor e meu porto seguro, que muitas vezes me deu seu ombro e ajuda quando precisei, além de me compreender, me apoiar e me estimular em muitos momentos, às vezes somente com um olhar ou com um gesto, dando-me força, garra e motivação para seguir adiante.

À Unochapecó, pelo pioneirismo de ser a primeira instituição de ensino da região oeste catarinense a oferecer uma Pós-Graduação *Stricto Sensu* voltada para a área da Saúde, além da ótima qualidade do curso ofertado.

À professora Lucimare Ferraz, minha orientadora, pela orientação precisa e competente, essencial para construção deste estudo, pela paciência, pelo companheirismo e pelo incentivo no processo de elaboração dessa dissertação. Acima de tudo, por ter construído uma amizade sólida e por acreditar muito em minha capacidade. Obrigado pelo carinho e compreensão durante todo este processo.

Aos demais mestres/doutores instrutores (em especial a prof.^a Carla, prof. Clodoaldo, prof.^a Fátima, prof.^a Letícia, prof.^a Maria Assunta, prof.^a Maria Elisabeth, prof. Ricardo, prof. Sinval e prof.^a Vanessa) pelo carinho e atenção pela qual vocês propiciaram a troca de saberes, de habilidades e de atitudes nesta jornada em busca do conhecimento, a fim de que eu esteja aqui hoje.

Aos meus estimados colegas (Adriani, Ana Cláudia, Cássia, Cezar, Clenise, Elizandro, Francieli, Karine, Marcos, Monica, Paula, Roberta, Vanderléia e Vanessa), pela amizade e companheirismo, no decorrer destes dois anos de convivência. Juntos, trilhamos uma etapa importante e especial de nossas vidas. Afinal de contas, somos a “turma dos desbravadores” do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Unochapecó!

Aos colaboradores da Secretaria do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, pela atenção dedicada.

À Secretaria Municipal de Saúde do município de Chapecó/SC (em especial à Vigilância Epidemiológica), pela disponibilização do banco de dados, fundamental no procedimento de coleta.

À Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina (SED/SC), pelo apoio financeiro a este estudo através do UNIEDU Pós-Graduação e do Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior (FUMDES).

Aos meus amigos, que abdicaram da minha companhia nos últimos meses em prol deste trabalho.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que esse estudo se concretizasse.

A todos vocês, meu muito obrigado.

*“Cada criança, ao nascer, nos traz a mensagem de que
Deus ainda não perdeu a esperança nos homens.”*

Rabindranath Tagore

RESUMO

SILVA, Rodrigo Aguiar da. **O processo de nascimento: perfil epidemiológico da zona urbana e rural.** 2014. 114 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2014.

Este estudo objetivou analisar o perfil dos nascimentos de Chapecó/SC, caracterizando os aspectos epidemiológicos do peso ao nascer e da idade gestacional ao nascimento, no período de julho de 2011 a junho de 2013, com base no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e seu principal instrumento, a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Trata-se de pesquisa descritiva, transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa. Na organização e tratamento dos dados para análise estatística, foram utilizados os programas *Microsoft Excel*[®] 2010 e *IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* versão 19.0. Houve estratificação do grupo de gestantes segundo o ambiente de vivência materno em meio urbano, meio rural e meio rural indígena. As variáveis incluíram dados relacionados à gestante (como faixa etária, local de ocorrência do parto, número de consultas de pré-natal, escolaridade materna, situação conjugal, tipo de parto e gravidez única *versus* múltipla) e dados relacionados ao conceito (como idade gestacional, sexo, peso ao nascer, boletim de Apgar e presença de anormalidades congênitas). Do total de 5.918 nascidos vivos, 9,2% nasceram com peso inferior a 2.500 g (sem diferença entre os ambientes) e 9,4% prematuros (sendo 9% nos meios urbano e rural e 18% no meio rural indígena). Também pudemos constatar que 15,7% eram filhos de mães adolescentes (ocorrendo em 14,8% das gestações do meio urbano, em 22,2% das gestações do meio rural e em 44,3% das gestações do meio rural indígena). A ocorrência de gravidez na adolescência (especialmente na faixa de 10-14 anos) esteve associada ao risco de prematuridade (15,9%) e/ou de baixo peso ao nascer (19%), estando em níveis bastante semelhantes a outras localidades. Outro dado verificado neste estudo foi que 20% das mulheres deste município realizaram seis consultas ou menos de pré-natal. Além disto, observou-se que recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer tiveram risco maior de asfixia perinatal, o que pode acarretar em diminuição do desempenho neurológico funcional, cognitiva e motora. Este estudo evidenciou que houve diferenças epidemiológicas no nascimento segundo o ambiente de vivência

materno; portanto, a variável local de moradia materna deve ser considerada ao avaliarmos e planejarmos estratégias e ações que visem à qualidade da assistência à mulher no período da gestação, parto, puerpério e ao seu recém-nascido. Conclui-se que a análise da DNV é um importante instrumento para avaliação da realidade epidemiológica local de forma mais imediata, pois permite conhecer o perfil dos fenômenos, considerando a multiplicidade de fatores que podem interferir na saúde do binômio mãe-filho, desde o processo de evolução gestacional, até no resultado neonatal (tais como baixo peso ao nascer e prematuridade), causando repercussões que podem durar a vida inteira deste neonato. Ressalta-se, por fim, a necessidade de estudos mais dirigidos à população rural indígena e à adolescência.

Palavras-chave: Nascido Vivo. Perfil de Saúde. Declaração de Nascimento. Prematuro. Recém-Nascido de Baixo Peso.

ABSTRACT

SILVA, Rodrigo Aguiar da. **The process of birth**: epidemiological profile of urban and rural areas. 2014. 114 p. Dissertation (Master's degree in Health Sciences), Regional Community University of Chapecó, Chapecó, 2014.

This study aimed to analyze the profile of birth in Chapecó/SC, characterizing the epidemiological aspects of birth weight and gestational age at birth, from July 2011 to June 2013, based on the Live Birth Information System (SINASC) and his main instrument, the Declaration of Live Birth (DNV). It is descriptive research, cross-sectional, retrospective, with a quantitative approach. In the organization and processing of data for statistical analysis, we used the *Microsoft Excel*[®] 2010 and *IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* version 19.0 programs. There was stratification of group of pregnant women according to maternal dwelling environment in urban, rural and indigenous rural areas. The variables included pregnant-related data (such as age, birth place of occurrence, number of prenatal visits, maternal education, marital status, type of delivery and single *versus* multiple pregnancy) and data related to the conceptus (such as gestational age, sex, birth weight, Apgar score and presence of congenital abnormalities). Of the 5,918 live births, 9.2% were born weighing less than 2,500 g (no difference between environments) and 9.4% premature (being 9% in urban and rural areas and 18% in indigenous rural area). Also we found that 15.7% were children of adolescent mothers (occurring in 14.8% of pregnancies in urban area, in 22.2% of pregnancies in rural area and 44.3% of pregnancies of indigenous rural area). The occurrence of teenage pregnancy (especially in the range of 10-14 years) was associated with risk of prematurity (15.9%) and/or low birth weight (19%), being in very similar levels to other localities. Another data found in this study was that 20% of women of this city made six visits or less of prenatal care. In addition, we found that preterm infants and low birth weight babies had a higher risk of perinatal asphyxia, which can result in decreased functional neurological, cognitive and motor performances. This study showed that there were epidemiological differences at birth according to maternal dwelling environment; therefore, the variable maternal place of residence should be considered when evaluating and plan strategies and actions for the quality of care for women during the

period of pregnancy, childbirth, postpartum and to her newborn. It follows that the analysis of DNV is an important tool for assessing local epidemiological reality most immediately because it allows to know the profile of the phenomena, considering the multitude of factors that could affect the health of the mother and her child from the process gestational evolution, even in neonatal outcome (such as low birth weight and prematurity), causing repercussions that can last a lifetime this neonate. It is noteworthy, finally, the need for more targeted studies to the indigenous rural population and to the adolescents.

Keywords: 'Live birth'. 'Health profile'. 'Birth Certificates'. 'Premature'. 'Low Birth Weight'.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Codificação dos bairros de Chapecó/SC (julho/2013) 41

ARTIGO 1

Tabela 1 – Perfil da amostra do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme o ambiente de vivência materno – fatores relacionados à gestante 53

Tabela 2 – Perfil da amostra do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme o ambiente de vivência materno – fatores relacionados ao conceito 56

ARTIGO 2

Tabela 1 – Perfil dos nascidos do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme seu peso à época do nascimento 77

Tabela 2 – Perfil dos nascidos do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme a idade gestacional à época do nascimento 81

Tabela 3 – Perfil dos nascidos do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme o ambiente de vivência materno da população avaliada 84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA – teste estatístico análise de variância.
BPN – baixo peso ao nascer, peso ao nascer inferior a 2500 g.
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia.
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos.
DATASUS – Departamento de Informática do SUS.
DM – Diabetes *mellitus*.
DNV – Declaração de Nascido Vivo.
EUA – Estados Unidos da América.
FUNAI – Fundação Nacional do Índio.
g – gramas.
HAS – hipertensão arterial sistêmica.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
MPPCI – Macroárea de Proteção ao Patrimônio Cultural Indígena.
n – número de indivíduos na amostra.
OMS – Organização Mundial de Saúde.
p – nível de significância.
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
PN – pré-natal.
PR – Paraná.
PSE – Programa Saúde na Escola.
RCF – restrição de crescimento fetal.
RJ – Rio de Janeiro.
RN – recém-nascido.
RNBP – recém-nascido de baixo peso.
RS – Rio Grande do Sul.
SC – Santa Catarina.
SE – Sergipe.
SEDUR – Secretaria de Desenvolvimento Urbano.
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
SIS – Sistema de Informação em Saúde.
SP – São Paulo.
SUS – Sistema Único de Saúde.
UNOCHAPECÓ – Universidade Comunitária da Região de Chapecó.
 χ^2 – teste estatístico qui-quadrado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
4 MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1 ABORDAGEM	37
4.2 TIPO DE ESTUDO – DELINEAMENTO	38
4.3 LOCAL E CENÁRIO DO ESTUDO	39
4.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO	40
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	40
4.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS ..	42
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	43
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 ARTIGO 1 – ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS DE ACORDO COM O AMBIENTE DE VIVÊNCIA MATERNO EM UM MUNICÍPIO POLO DA REGIÃO OESTE CATARINENSE	46
5.2 ARTIGO 2 – ESTUDO DO PESO AO NASCER E DA IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO, A PARTIR DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO, EM UM MUNICÍPIO POLO DA REGIÃO OESTE CATARINENSE	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
7 REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	107
APÊNDICE A – Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas	109
APÊNDICE B – Termo de Compromisso para Uso de Dados em Arquivos	110
ANEXOS	111
ANEXO A – Modelo da Declaração de Nascido Vivo (DNV)	113
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP/UNOCHAPECÓ	114

1 INTRODUÇÃO

As condições de saúde de recém-nascidos podem ser analisadas segundo vários parâmetros, principalmente, entre eles, a idade gestacional a época do nascimento e o peso ao nascer (CLOHERTY et al., 2012). Um destes parâmetros, o peso ao nascimento, reflete o resultado de um processo complexo para o qual concorrem inúmeros fatores de origem biológica, social e ecológica. Rojas et al. (2013) citam que são encontrados diversos estudos sobre fatores potencialmente determinantes do peso ao nascer, como o sexo do recém-nascido, sua etnia, o peso e a estatura maternos e paternos, a idade, a situação socioeconômica e a escolaridade maternas, os nascimentos múltiplos, a duração da gestação e os cuidados pré-natais.

O baixo peso ao nascer, consequência de um crescimento intrauterino inadequado, de um menor período gestacional, ou da combinação de ambos, constitui um dos mais importantes determinantes da mortalidade neonatal, perinatal e infantil (MINAGAWA et al., 2006). Nobile et al. (2007) citam que o baixo peso ao nascer inclusive pode ser considerado um indicador de desigualdade social.

Desde a década de 1990, estudos epidemiológicos mostraram que o baixo peso ao nascer está inequivocamente associado ao risco de adoecer e morrer no primeiro ano de vida (ALMEIDA; JORGE, 1998). Além disso, estudos retrospectivos evidenciaram a associação entre subnutrição intrauterina e doenças crônicas na vida adulta, tais como doença cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* não insulino dependente e câncer (LEON, 1998).

Já em relação à prematuridade, Ramos e Cuman (2009) relatam que é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais, acarretando às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis, afetando diretamente a estrutura familiar, alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro. Essa imaturidade pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal; e o neonato prematuro também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento (MAGGI et al., 2014).

Além disto, observa-se que, em relação aos desfechos de prematuridade e baixo peso ao nascer, estes podem ter sua incidência

minimizada caso a gestante realize um adequado acompanhamento nas consultas de pré-natal. Conforme o Ministério da Saúde, as morbimortalidades materna e perinatal continuam ainda elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País (BRASIL, 2010b). Sabe-se que a maioria das mortes e complicações deste período são passíveis de prevenção, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Para tanto, os governos desenvolvem programas e diretrizes com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção à saúde no período gestacional e pós-natal. Um dos exemplos disto é a Portaria GM/MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a ‘Rede Cegonha’, que consiste numa rede de cuidados que visa, a partir da noção de integralidade da atenção à mulher, assegurar a esta o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal, bem como à criança o direito ao nascimento seguro.

A atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para uma boa saúde materno-infantil e, para tanto, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que busque compreender a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere especialmente o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive (ambiente este que pode proteger ou expor a gestante a agravos). Esta atenção pré-natal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequados dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período (BRASIL, 2006).

Para melhor conhecimento situacional do processo de nascimento (evolução gestação – parto – pós-parto), o acompanhamento estatístico dos nascimentos foi um avanço significativo na área da Saúde Pública, pois possibilitou conhecer quem, como, onde e em que condições nascem (NHONCANSE; MELO, 2012). Isso foi possível a partir de 1990, quando o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde, por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV), padronizada nacionalmente e preenchida nos hospitais e em outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares (CARNIEL et al., 2003).

O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre a gravidez, o parto e as condições de saúde da criança ao nascer, com suas características mais importantes. Esses dados são relevantes para análises epidemiológicas, estatísticas, demográficas e para a definição de prioridades das políticas de saúde. As informações são consolidadas

pelos municípios e estados e compõem o fechamento da base nacional (PAIVA et al., 2011).

A partir destas informações, é relevante estudar os fatores que podem interferir no processo de nascimento, em que questões fisiológicas e ambientais maternas podem influenciar em nascimentos de baixo peso e/ou prematuros nos meios rural e urbano.

O perfil epidemiológico do processo gestacional e nascimento até o presente momento é desconhecido no município de Chapecó/SC, pois não foram encontradas publicações dessa natureza para este município; outrossim, ao buscar estes dados no meio científico nacional, não foi encontrada nenhuma publicação referente a esta temática, sobretudo relacionando o perfil epidemiológico do nascimento ao fator ambiente de vivência materno – rural e urbano.

Considerando o ambiente como uma variável epidemiológica importante na análise das situações de nascimento, uma vez que o local em que as pessoas vivem possui aspectos sociais e culturais que podem interferir no processo saúde-doença da população, acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para nortear ideias, práticas e políticas de atenção à saúde materno-infantil.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil dos nascimentos, relacionando aos ambientes de vivência materno urbano e rural, no município de Chapecó/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de acordo com o ambiente de vivência materno (rural e urbano) no município de Chapecó/SC.
- Caracterizar os aspectos epidemiológicos do peso ao nascer e da idade gestacional ao nascimento no município de Chapecó/SC.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cenário deste estudo é o município de Chapecó, situado na região oeste do estado de Santa Catarina (mesorregião da Grande Fronteira do MERCOSUL, microrregião oeste de Santa Catarina) – região esta delimitada ao sul pelo estado do Rio Grande do Sul, ao norte pelo estado do Paraná, a oeste pela província de Misiones (Argentina) e a leste pelo planalto de Santa Catarina (MAAR; PEDRON; DEL PRÁ NETTO, 2011).

Observa-se que, nesta mesorregião, Chapecó é o município com maior número de habitantes – população total de 183.561, segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com estimativa para o ano de 2013 de uma população total de 198.188; e, com isto, é considerada uma cidade polo, destacando-se pelo acelerado crescimento populacional e economia crescente, embora, devido à economia local ser centrada principalmente em um sistema agroindustrial (especialmente na pecuária, avicultura e suinocultura), alguns de seus trabalhadores acabam residindo em áreas territoriais mais ‘afastadas’ do ambiente urbano e, portanto, também relativamente mais afastados dos serviços de saúde oferecidos à população.

Além disto, neste município existem três áreas de proteção ao patrimônio cultural indígena no meio rural, que são denominadas: Aldeia Condá e Toldo Chimbangue (I e II). Ambas as áreas são povoadas pela etnia indígena Kaingang, com superfície territorial total de 4.242,73 hectares, segundo a Fundação Nacional do Índio.

Segundo Mior (2005), a região oeste catarinense tem se notabilizado pela importância crescente do sistema de integração agroindustrial como modelo privilegiado de articulação entre a produção familiar e as grandes empresas agroindustriais, já que apresenta capacidade de produção de alimentos bem superior à demanda regional e estadual (fato esse que levou Chapecó a ser apontada como o ‘celeiro’ do estado). É polo de inovação tecnológica na área de produção e industrialização de suínos e aves, berço das maiores empresas do setor carne e derivados do Brasil, modelo de articulação que possibilita a incorporação socioeconômica da produção familiar, são resultados ressaltados como positivos. Entretanto, a concentração econômica regional, exclusão dos pequenos produtores familiares da produção de suínos, poluição das águas pelos dejetos suínos, êxodo rural e regional, principalmente dos mais jovens, são apresentados como alguns dos resultados menos nobres do modelo de agroindustrialização da região.

Evolutivamente, em apenas algumas décadas construiu-se uma história de riqueza em que a região demarcou seu espaço no cenário econômico nacional e internacional, notadamente através da agropecuária e da agroindústria (TESTA et al., 1996). A região se notabilizou por ser pioneira no estabelecimento de um bem-sucedido sistema de integração agroindustrial entre grandes agroindústrias e a agricultura familiar. Este forte dinamismo agroindustrial foi demarcando profundas transformações socioeconômicas e ambientais no espaço rural regional.

Neste instante, é importante apresentar os termos “rural” e “urbano”. Segundo Gomes e Binzstok (2009, p. 1),

[...] o atual espaço rural se forja em conexão com espaços urbanos e por vezes se estrutura dentro da urbe. Então o espaço rural não está mais somente no campo, mas diversas vezes ele se propõe às cidades e ao próprio espaço urbano.

Nesse sentido, o ‘rural’ há até poucas décadas era entendido de acordo com o vínculo a terra, e, com o passar do tempo, o próprio conceito de rural vem sendo (re)significado.

A partir da década de 1980, surgiram mudanças significativas no meio rural brasileiro. A produção agrícola vem tornando-se um setor da produção industrial, o que fez com que as áreas rurais ficassem submissas às exigências do capital urbano-industrial. Observa-se também a emergência de espaços rurais multifuncionais com a introdução de uma maior diversificação econômica, em meio a novas formas de produção e subsistência, em visível contraste com o que dominava no passado. A expansão do tecido urbano sobre as áreas rurais e o crescimento do número de pessoas ocupadas em atividades consideradas até então como exclusivamente urbanas indica a existência de um novo paradigma socioespacial no Brasil (REIS, 2006). No entanto, o fato de o rural e o urbano estarem integrados por relações complexas dentro da nova realidade de produção no Brasil, não quer dizer que rural e urbano não apresentem diferenças evidentes.

Neste momento de tantas inquietações e crises do modelo de sociedade atual, no qual temos no cenário dos debates sociológicos a questão do desenvolvimento rural, é fundamental, para podermos analisar as relações urbano/rural, que se tenha claro o que, no Brasil, é

considerado urbano. Usou-se no presente estudo a visão de Rossato (1996), que refere que a população urbana compreende aquela residente na sede do município.

No entanto, a questão da relação urbano/rural extrapola, em nossos dias, a caracterização do Brasil como um país predominantemente urbano. Enfim, os ambientes rural e urbano são fundamentais para o planejamento territorial em diversas escalas e para o desenvolvimento em suas múltiplas dimensões: política, econômica, cultural, ambiental, em suma, social. Há uma verdadeira obsessão pela discussão de critérios definidores do corte “rural/urbano” como diferenciador de espaços. Paralelamente, tal fixação se reapresenta em estudos teóricos e como suporte para pesquisas acadêmicas, onde se busca tratar rural e urbano como categorias analíticas (BIAZZO, 2008).

Nesse sentido, vale citar Minayo (2014), que realizou uma ‘coesão’ entre a ideia de ecossistema (ambiente) com a saúde humana, compondo a proposta de “enfoque ecossistêmico da saúde humana”. Este enfoque está fundamentado na construção de nexos que vinculam estratégias de gestão do ambiente (ecossistemas saudáveis) com uma abordagem complexa da promoção da saúde humana. O objetivo desse enfoque é desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde e ambiente, de forma que subsidiem ações adequadas, apropriadas e saudáveis das pessoas e para as pessoas que aí vivem, melhorando a interação dinâmica entre os diversos componentes do ambiente e o bem-estar da saúde humana.

Após a apropriação destes conhecimentos, é importante também apresentar algumas definições e conceitos relativos ao processo de nascimento. A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional; desta forma, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. O resultado esperado de uma gestação é a obtenção de um recém-nascido sadio com mínimo trauma para a mãe. Em algumas situações, isso não é possível, devido a complicações durante a gravidez ou parto, ou com o conceito. Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico-puerperal geram riscos à integridade da saúde tanto da mãe quanto do conceito (BRASIL, 2006).

O baixo peso ao nascer (BPN) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o peso de nascimento inferior a 2500 g, sendo considerado um fator importante, pois contribui para o aumento da morbimortalidade infantil, especialmente no período neonatal (primeiros 28 dias de vida), uma vez que essas crianças apresentam risco

de morrer 15 vezes maior, quando comparadas com aquelas que nascem com peso adequado (BACKES; SOARES, 2011).

A OMS ainda estratifica estes recém-nascidos (RN) de baixo peso (não considerando a idade gestacional) como: *baixo peso* sendo aqueles RN que ao nascer possuem peso igual ou inferior a 2500 g; *muito baixo peso* como sendo aqueles RN cujo peso é igual ou inferior a 1500 g; e *extremo baixo peso* como sendo aqueles RN cujo peso é igual ou inferior a 1000 g (GOMELLA; CUNNINGHAM; EYAL, 2013).

O peso ao nascer é também um indicador geral, utilizado para avaliar os níveis de saúde de uma população, por estar associado às condições socioeconômicas do local ao qual ela pertence (MAIA, 2009). Assim, as maiores prevalências de BPN (em torno de 90%) são encontradas nos países em desenvolvimento, que apresentam piores condições de vida. Porém, o peso ao nascer passou a ser um problema de saúde pública mesmo nos países desenvolvidos, devido a situações ambientais desfavoráveis (VICTORA et al., 2011).

Acredita-se que as causas da ocorrência de BPN sejam multifatoriais (GOMELLA; CUNNINGHAM; EYAL, 2013), sendo que os diversos fatores de risco que contribuem para o BPN são: o retardo do crescimento intrauterino, a prematuridade, peso materno pré-gestacional menor que 50 kg, intervalo interpartal menor que 18 meses, desnutrição materna, história de partos prematuros, filho(os) anterior(es) com BPN, primigestas, gestantes múltiparas com mais de três filhos, hábito de fumar e fumo passivo, pouca escolaridade materna, mães adolescentes, idade materna acima de 35 anos, mães que não vivem com marido ou companheiro (mulheres não unidas), ausência e/ou insuficiência de cuidados pré-natais, entre outros, os quais podem agir de forma isolada ou associadamente.

Segundo Wilkinson (2005), tendo como perspectiva a determinação social do processo saúde-doença, pode-se afirmar que o complexo encadeamento da rede de variáveis envolvidas na ocorrência do baixo peso ao nascer tem sua gênese nas precárias condições de vida e trabalho em que nascem, crescem e vivem parcelas consideráveis da população. Dessa maneira, os determinantes do baixo peso ao nascer, podem ser considerados quase totalmente mediados pelas condições de vida. Sabe-se que condições socioculturais, educacionais e econômicas determinam as condições do nascer, desenvolver, adoecer e morrer.

Já em relação à idade gestacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como parto pré-termo (prematuridade) aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 258 dias após o primeiro dia da última menstruação (CLOHERTY et al., 2012).

A classificação de acordo com a idade gestacional ainda define como *pré-termos tardios* os RN com idade gestacional entre 34^{0/7} e 36^{6/7} semanas; como *pré-termos moderadamente prematuros* os RN com idade gestacional entre 32^{0/7} e 33^{6/7} semanas; e os *muito pré-termos* aqueles RN com idade gestacional abaixo de 32 semanas. Recentemente, um comitê do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas também realizou uma classificação de acordo com a idade gestacional para os recém-nascidos a termo (nascidos entre a 37^a e a 42^a semanas), estratificando-os em *a termo precoces* os RN com idade gestacional entre 37^{0/7} e 38^{6/7} semanas; como *a termo completos* os RN com idade gestacional entre 39^{0/7} e 40^{6/7} semanas; e os *a termo tardios* aqueles RN com idade gestacional entre 41^{0/7} e 41^{6/7} semanas (ACOG, 2013).

Victora et al. (2011) citam que a mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros; além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato.

Ramos e Cuman (2009) referem que a prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constatam que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade (mais frequente no primeiro filho). Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida.

A Organização Mundial da Saúde estima que, nos países desenvolvidos, cerca de dois terços dos recém-nascidos de baixo peso sejam prematuros, enquanto um terço é pequeno para idade gestacional. Essa relação se inverte nos países mais ‘pobres’, onde aproximadamente 75% dos recém-nascidos de baixo peso são pequenos para a idade gestacional. Nesses países, o baixo peso ao nascer quase sempre está fortemente associado às condições de pobreza, má nutrição crônica materna e consumo alimentar insuficiente (VETTORE et al., 2010).

Após discorrer sobre esta conceituação, é importante relatar que, no Brasil, a situação perinatal guarda relação com o acesso à assistência pré-natal e ao parto. Realizando uma revisão sobre o histórico das políticas de atenção à saúde da mulher e da gestante de nosso país, observou-se que a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse

período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Pode-se observar que os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Com isso, um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no País, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido na década de 1980 através do movimento de mulheres em conjunto com profissionais de saúde, sendo traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). Este programa incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher não somente no pré-natal, parto e puerpério, mas também na área clínica ginecológica, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo para a má assistência, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este programa fundamentou-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

Em março de 2004, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com a finalidade de promover melhorias na atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas federal, estadual e municipal e da sociedade civil organizada (universidades,

sociedades médicas e organizações não governamentais), tendo entre seus objetivos a promoção e o monitoramento de ações para a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004).

No ano de 2005, considerando a necessidade de ampliar os esforços para alcance das metas estabelecidas pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, foi instituído a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que teve por objetivo desenvolver ações para promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação.

No ano de 2011, o governo brasileiro instituiu, através de Portaria do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, em vigor atualmente, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, fomentando a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, ampliando sua proteção.

Embora nas últimas décadas a cobertura de atenção ao pré-natal em esfera nacional tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria da qualidade refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e eficácia dos serviços (BRASIL, 2010a).

Por fim, observou-se, ao realizar o levantamento bibliográfico, que existem estudos que correlacionam condições maternas no pré-natal com o BPN (MINAGAWA et al., 2006), poluição ambiental, residência materna e BPN (BACKES; SOARES, 2011), perfil de mães e de prematuros nascidos vivos, caracterizando estes prematuros em situação de risco para o crescimento e desenvolvimento (RAMOS; CUMAN, 2009), e até mesmo de diferenciais intraurbanos de peso ao nascer no município de São Paulo (MINUCI; ALMEIDA, 2009), mas encontrou-se apenas um estudo que demonstrou uma possível associação entre a variável ambiente de moradia materna – “*status*” rural ou urbano e efeitos ‘adversos’ ao nascimento, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, associando as disparidades em saúde que permeiam o gradiente urbano-rural (KENT et al., 2013).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Ander-Egg (1978 apud MARCONI; LAKATOS, 2010) apresentou uma concepção estruturada de pesquisa aliada ao conhecimento, na qual a classificava como um procedimento, consistindo em um sistema que pudesse ser controlado, avaliado, mas, que acima de tudo, que descobrisse dados e informações, não se restringindo a nenhum tipo específico de conhecimento. Aplicada às Ciências Sociais, Marconi e Lakatos (2010) definem pesquisa como instrumento fundamental para a resolução de problemas coletivos.

Em sentido genérico, método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos. Esses procedimentos se aproximam dos seguidos pelo método científico, que consiste em delimitar um problema, realizar observações e interpretá-las com base nas relações encontradas, fundamentando-se, se possível, nas teorias existentes (RICHARDSON, 2008). Desta forma, todo trabalho de pesquisa deve ser planejado e executado de acordo com as normas que acompanham cada método.

4.1 ABORDAGEM

Creswell (2010) relata que a escolha do método se dá pela natureza do problema, bem como de acordo com o nível de aprofundamento. Este estudo apresentou como enfoque prioritário de abordagem o método quantitativo, pois, partindo do princípio que há uma realidade a conhecer, utilizou a coleta e a análise de dados para responder às questões da pesquisa, confiando na medição numérica (quantificação) e na análise estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Este método representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2008).

O raciocínio do método utilizado foi o meio da perspectiva inferencial dedutiva, pois iniciou-se pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos e, pelo processo de inferência, testou-se a predição da ocorrência de fenômenos particulares (CRESWELL, 2010).

4.2 TIPO DE ESTUDO – DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo epidemiológico tipo observacional (não intervencionista), com delineamento de pesquisa tipo descritiva-transversal. Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013), “[...] os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenômeno que se submeta à análise.” Do ponto de vista científico, descrever é levantar/coletar dados, utilizando técnicas padronizadas para a obtenção destas informações. Não há interferência do investigador, que apenas procura perceber, com o necessário cuidado, a frequência com que determinado fenômeno ocorre. Portanto, os estudos de natureza descritiva representam um nível de análise que se propõe a investigar o que é, permitindo identificar as características de um fenômeno como tal, possibilitando, também, a ordenação e a classificação destes; por outro lado, com base em estudos descritivos, surgem outros que procuram explicar os fenômenos segundo uma nova óptica, analisando o papel das variáveis que, de certo modo, influenciam ou causam o aparecimento dos fenômenos (PEREIRA, 1995).

A pesquisa transversal é definida por Rouquayrol e Gurgel (2013) como estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. Não se pretende analisar os fatores anteriores ou posteriores, mas sim em um determinado período de tempo relacionado ao objeto de pesquisa.

Pereira (1995) relata que os usos dos resultados dos estudos descritivos (inspeção da distribuição de frequências de um evento, dispostas em tabelas, gráficos ou outras formas de representação de resultados) alcançam basicamente dois objetivos principais:

- identificação de grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora;
- sugerir explicações para as variáveis de frequência, o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos (o que atesta o forte componente de investigação, existente na epidemiologia).

Segundo Rouquayrol e Gurgel (2013), a epidemiologia moderna, com sua ênfase em identificar associações estatísticas entre os eventos de saúde-doença e suas possíveis causas, até então tinha dado pouca

ênfase ao processo de caracterização desses eventos no seu ponto de ocorrência. No entanto, o interesse por essa abordagem tem crescido entre os epidemiologistas por diversas razões, fornecendo novas possibilidades de abordagens conceituais e metodológicas, e, através do processo descritivo (estudando distribuição de frequências das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientais e populacionais – e às pessoas), abrindo novas possibilidades para distinguir características importantes dos eventos epidemiológicos úteis para sua aplicação imediata nas ações de assistência e prevenção das doenças, de promoção à saúde, ou no refinamento da formulação das hipóteses causais.

4.3 LOCAL E CENÁRIO DO ESTUDO

O local da realização do presente estudo foi o Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC.

O município de Chapecó, localizado na mesorregião da Grande Fronteira do MERCOSUL, microrregião oeste de Santa Catarina, com população de 183.561 habitantes, segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo que 168.159 habitantes (91,6%) residentes no meio urbano e 15.402 habitantes (8,4%) residentes no meio rural. Este mesmo instituto (IBGE) estimou para o município no ano de 2013 uma população total de 198.188 habitantes. Segundo o IBGE, Chapecó é a 6ª cidade mais populosa do estado de Santa Catarina e a 16ª em densidade populacional (293,98 hab/km²).

Em sua mesorregião, Chapecó é o município mais populoso e, portanto, sendo considerada uma cidade polo, com importância crescente do sistema de integração agroindustrial como modelo privilegiado de articulação entre a produção familiar e as grandes empresas agroindustriais. Entretanto, as demais cidades desta microrregião apresentam percentual de habitantes no meio rural bem mais elevado. Maar, Pedron e Del Prá Netto (2011) referem que as atividades do setor agrário catarinense são caracterizadas pelo predomínio da pequena propriedade rural, pela prática da policultura e pela adoção da mão-de-obra familiar. Esses pequenos estabelecimentos são responsáveis por 70% da produção agropecuária catarinense.

4.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foi o universo/total de nascidos vivos do município de Chapecó de julho de 2011 a junho de 2013, que correspondeu a 5.931 recém-nascidos. Ou seja, este estudo foi composto por 100% das DNVs dos recém-nascidos do município de Chapecó do período supracitado (pesquisa censitária). Foi utilizado como critério de exclusão as DNVs que estavam ilegíveis, com rasuras e/ou com problemas de preenchimento; as demais Declarações foram incluídas no presente estudo.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos através das DNVs, arquivadas pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC, nas bases de dados vitais do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), correspondentes aos partos ocorridos no 2º semestre de 2011, no ano de 2012 e no 1º semestre de 2013.

Os dados foram coletados por acadêmicos da área de saúde da UNOCHAPECÓ, selecionados pelo pesquisador e sua orientadora. Estes acadêmicos foram cadastrados na instituição universitária como Pesquisador Júnior Voluntário. Ressalta-se que eles foram previamente capacitados para a realização da coleta e armazenamento dos dados, através de simulações com modelos de DNV e com digitação dos dados constantes nestas declarações.

Os dados das DNVs foram coletados em um formulário específico, sendo dados de variáveis sobre o ambiente, sobre o processo gestacional e materno (sociodemográficos) e relacionados ao recém-nascido. Os dados extraídos para este formulário foram codificados e armazenados em um banco de dados utilizando o programa de informática *software* Microsoft Excel® 2010.

Para classificação dos meios urbano (bairros), rural e rural indígena do município de Chapecó/SC, a fim de realizar a estratificação do ambiente de vivência materno, foi utilizada a Tabela 1, a partir de registros fornecidos pelo setor de Georreferenciamento da Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDUR) da Prefeitura Municipal de

Chapecó/SC. Este setor considera como parte da macrozona rural municipal a denominada ‘Macroárea de Proteção ao Patrimônio Cultural Indígena’ (MPPCI), que são as duas áreas de reservas indígenas. Seguimos esta estratificação neste estudo.

Tabela 1 – Codificação dos Bairros de Chapecó/SC (julho/2013)

MEIO URBANO (1)	MEIO RURAL (2)	MEIO RURAL INDÍGENA (3)
101 – ALVORADA	201 – INTERIOR	301 – ALDEIA
102 – BELA VISTA	<i>(Acesso ao aeroporto, Água Amarela, Barra do Cedro, Barra do Rio dos Índios, Baronesa da Limeira, Bom Retiro, Cascalheiro, Caravagio, Colônia Cella, Faxinal dos Rosas, Gramadino, Girardi, Lajeado São José, Monte Alegre, Palmital dos Fundos, Pinhalzinho, Rodeio Bonito, Sarapião, São Rafael, São Roque, Sede Trentin, Tomazelli, Tormen, Vitorio Rosa)</i>	CONDÁ
103 – BELVEDERE		302 – TOLDO
104 – BOA VISTA		CHIMBANGUE (I e II)
105 – BOM PASTOR		
106 – CENTRO		
107 – CRISTO REI		
108 – EFAPI * (<i>engloba Jardim do Lago, Zanrosso, Sereno Soprana, Thiago, Vila Páscoa, Vila Esperança e Lot. Rosana</i>)		
109 – ELDORADO		
110 – ENGENHO BRAUN	202 – MARECHAL BORMANN	
111 – ESPLANADA	<i>(Linhas: Anta Gorda, Barra da Chalana, Bom Retiro, Campinas, Capinzal, Gamelão, Passo dos Ferreiras, Rodeio Chato, Rodeio do Herval, São Francisco, São José do Capinzal, Serraria Reatto, Serrinha, Sachetti, Núcleo)</i>	
112 – JARDIM AMÉRICA		
113 – JARDIM ITÁLIA		
114 – LÍDER		
115 – MARIA GORETTI		
116 – PALMITAL		
117 – PARQUE DAS PALMEIRAS		
118 – PASSO DOS FORTES		
119 – PINHEIRINHO		
120 – PRESIDENTE MÉDICI	203 – GOIO-ÊN	
121 – QUEDAS DO PALMITAL	<i>(Linhas: Almeida, Alto Carneiro, Linha Cachoeira, Quadros, Tope da Serra)</i>	
122 – SAIC		
123 – SANTA MARIA		
124 – SANTO		

ANTÔNIO	204 – SEDE FIGUEIRA
125 – SÃO CRISTÓVÃO	<i>(Linha Arvoredo, Linha</i>
126 – SÃO PEDRO	<i>Batistello, Colônia</i>
127 – SEMINÁRIO	<i>Bacia, Sede Querência,</i>
128 – TREVO	<i>Cascavel, Tarumã,</i>
129 – UNIVERSITÁRIO	<i>Zanfonatto, União da Serra,</i>
130 – VILA REAL	<i>Linha Simonetto)</i>
131 – VILA RICA	
	205 – ALTO DA SERRA
	<i>(Linhas: Bela Vista do</i>
	<i>Taquara, Bettú, Bolsoni,</i>
	<i>Alto Taquara, Cabeceira da</i>
	<i>Antinha, Sperotto,</i>
	<i>Alto Cambuim, Lambedor)</i>

Fonte: elaboração do autor.

4.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2013. Após a fase inicial de coleta, foi realizada análise de consistência dos dados coletados, observando os critérios de dupla entrada com verificação de inconsistências no processo de digitação. Quando constatados dados inconsistentes, estes foram verificados na ficha de coleta de dados e realizou-se sua correção.

Subsequentemente, estes dados foram tratados utilizando-se análise estatística descritiva (univariada), aferindo distribuição de frequências (absoluta simples e relativa) para os dados categóricos e medidas de tendência central (média aritmética) e de dispersão (desvio-padrão) para os dados numéricos. Posteriormente, foi realizada análise estatística inferencial não paramétrica, utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade dos dados. Realizaram-se comparações entre os grupos conforme o ambiente de vivência materno, classes do peso ao nascer e de idade gestacional ao nascimento. Utilizou-se o teste χ^2 (qui-quadrado) para realizar as comparações das variáveis categóricas. Realizou-se o teste de análise de variância (ANOVA) de uma via com teste complementar ‘*post-hoc*’ de Bonferroni para comparar as médias entre os grupos. Para avaliar a correlação entre duas variáveis numéricas, utilizou-se o teste de correlação por postos ordenados de Spearman. Estas análises foram realizadas com o auxílio do programa estatístico IBM® SPSS® Statistics

(*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0, adotando-se como nível de significância (α) o valor de 5% (0,05), sendo considerado que onde ocorrer diferenças cujo $p < 0,05$ como sendo diferença estatisticamente significativa.

O último passo da pesquisa foi interpretar os resultados à luz das questões de pesquisa apresentadas no início, verificando os resultados estatisticamente significantes ou não, baseando-se na literatura prévia examinada utilizada no estudo. Finalmente, indicam-se as implicações dos resultados para a população estudada ou para pesquisas futuras.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Quanto aos aspectos éticos deste estudo, o projeto de pesquisa foi inicialmente encaminhado à avaliação e parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC, estando ciente e de acordo com seu desenvolvimento. Na sequência, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP/UNOCHAPECÓ), obedecendo aos critérios normativos éticos e legais da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, sendo o presente estudo aprovado por este Comitê, com Registro neste CEP sob n. 091/13 (ANEXO B).

Ao término deste estudo, após aprovação pela banca formada para apreciação desta dissertação, será encaminhado relatório final ao CEP/UNOCHAPECÓ; os resultados serão encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresentará as produções elaboradas a partir da análise dos dados coletados nesta dissertação. Os resultados serão apresentados e discutidos no formato de dois artigos científicos, os quais serão submetidos a periódicos especializados.

O artigo 1, contemplando o primeiro objetivo específico desta dissertação, se propõe a apresentar e analisar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de acordo com o ambiente de vivência materno no município de Chapecó/SC.

O artigo 2, contemplando o segundo objetivo específico desta dissertação, apresenta um estudo sobre o peso ao nascer e a idade gestacional ao nascimento, a partir da Declaração de Nascido Vivo, no município de Chapecó/SC.

A metodologia dos artigos é similar, visto que ambas as produções são oriundas do mesmo trabalho de dissertação.

5.1 ARTIGO 1

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS DE ACORDO COM O AMBIENTE DE VIVÊNCIA MATERNO EM UM MUNICÍPIO POLO DA REGIÃO OESTE CATARINENSE

SILVA, Rodrigo Aguiar da
FERRAZ, Lucimare

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos de Chapecó/SC, no período de julho de 2011 a junho de 2013, com base no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e seu principal instrumento, a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Trata-se de pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. Na organização e tratamento dos dados para análise estatística, foram utilizados os programas *Microsoft Excel*[®] 2010 e *IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* versão 19.0. Houve estratificação do grupo de gestantes segundo o ambiente de vivência materno em meio urbano, meio rural e meio rural indígena. As variáveis incluíram dados relacionados à gestante (como faixa etária, local de ocorrência do parto, número de consultas de pré-natal, escolaridade materna, situação conjugal e tipo de parto) e dados relacionados ao concepto (como idade gestacional, sexo, peso ao nascer, boletim de Apgar e presença de anormalidades congênitas). Do total de 5.918 nascidos vivos, 9,2% nasceram com peso inferior a 2.500 g (sem diferença entre os ambientes); 9,4% prematuros (sendo 9% nos meios urbano e rural e 18% no meio rural indígena); 15,7% eram filhos de mães adolescentes (ocorrendo em 14,8% das gestações do meio urbano, em 22,2% das gestações do meio rural e em 44,3% das gestações do meio rural indígena) e 20% das mulheres realizaram seis consultas ou menos de pré-natal. Conclui-se que há diferenças epidemiológicas no nascimento segundo o ambiente de vivência materno; portanto, a variável local de moradia materna deve ser considerada ao avaliarmos e planejarmos estratégias e ações que visem à qualidade da assistência à mulher no período da gestação, parto, puerpério e ao seu recém-nascido. Ressalta-se a necessidade de estudos mais dirigidos à população rural indígena.

Palavras-chave: Nascido Vivo. Perfil de Saúde. Declaração de Nascimento.

ABSTRACT

This study investigated the epidemiological profile of birth in Chapecó/SC, from July 2011 to June 2013, based on the Live Birth Information System (SINASC) and his main instrument, the Declaration of Live Birth (DNV). It is descriptive research, retrospective, with a quantitative approach. In the organization and processing of data for statistical analysis, we used the *Microsoft Excel*[®] 2010 and *IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* version 19.0 programs. There was stratification of group of pregnant women according to maternal dwelling environment in urban, rural and indigenous rural areas. The variables included pregnant-related data (such as age, birth place of occurrence, number of prenatal visits, maternal education, marital status and type of delivery) and data related to the conceptus (such as gestational age, sex, weight birth, Apgar score and presence of congenital abnormalities). Of the 5,918 live births, 9.2% were born weighing less than 2,500g (no difference between environments); 9.4% were premature births (being 9% in urban and rural areas and 18% in indigenous rural area); 15.7% were babies of adolescent mothers (occurring in 14.8% of pregnancies in the urban area, in 22.2% of pregnancies in the rural area and 44.3% of pregnancies of indigenous rural area) and 20% of women made six visits or less prenatal care. It is concluded that there were epidemiological differences at birth according to maternal dwelling environment; therefore, the variable maternal place of residence should be considered when evaluating and plan strategies and actions for the quality of care for women during the period of pregnancy, childbirth, postpartum and to her newborn. We emphasize the need for more studies directed to the indigenous rural population.

Keywords: 'Live birth'. 'Health profile'. 'Birth Certificates'.

1 INTRODUÇÃO

O processo da gestação é um fenômeno fisiológico, que deve ser

visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, fenômeno na qual normalmente ocorrem mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional; desta forma, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem maiores intercorrências. O resultado esperado de uma gestação é a obtenção de um recém-nascido (RN) sadio com mínimo trauma para a mãe. Entretanto, em algumas situações isso não é possível devido a complicações durante a evolução da gravidez ou do parto, ou com o conceito; e essas intercorrências no processo do ciclo gravídico-puerperal geram riscos à integridade da saúde, tanto da mãe quanto do conceito (BRASIL, 2006).

Para a obtenção de dados e informações registradas na área da saúde, utiliza-se o Sistema de Informação em Saúde (SIS) que está inserido em um sistema maior e mais complexo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde, visando o registro sistemático das informações sobre os nascimentos vivos em âmbito nacional. Esse sistema representa uma fonte relevante de informação para avaliação da saúde na área materno-infantil (PAIVA et al., 2011). Para melhor conhecimento situacional do processo de nascimento, o acompanhamento estatístico destes nascimentos foi um avanço significativo na área da Saúde Pública, pois possibilitou conhecer quem, como, onde e em que condições nascem, melhorando a qualidade das informações sobre nascidos vivos no Brasil (CARNIEL et al., 2003; NHONCANSE; MELO, 2012).

O SINASC é um sistema no qual as informações são coletadas e registradas pelo município, tendo a função desse sistema de obter os dados de todo o País – tanto nos setores público e privado da saúde, como nos domicílios. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2010b).

As políticas e programas de saúde desenvolvidos para uma determinada população precisam ser planejados a partir de diagnósticos que levem em consideração as características da realidade em seu conjunto. Rouquayrol e Gurgel (2013) referem que a capacidade de levantar pistas conducentes a estudos causais é que dá à abordagem descritiva significados especiais que transcendem a simples capacidade de descrever o fenômeno. Com a finalidade de contribuir com o processo de produção do conhecimento em saúde, os dados gerados pela epidemiologia precisam ser analisados. A utilização de indicadores demográficos, epidemiológicos e político-sociais possibilita o

conhecimento acerca do perfil populacional e, conseqüentemente, fornece informações necessárias para a priorização das ações por parte dos gestores (GUIMARÃES; RIZZOTTO, 2009). Rodrigues e Zagonel (2010) relatam que, nos sistemas de informações epidemiológicas, a base da coleta de dados é a população, e as informações serão mais fidedignas e de melhor qualidade quanto maior for sua cobertura (justamente pela sua maior abrangência).

O principal instrumento do SINASC é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que é preenchido logo após o nascimento por um profissional de saúde adequadamente treinado (BRASIL, 2010b). A DNV constitui-se em um documento individualizado e padronizado em esfera nacional cujo objetivo principal é obter um perfil epidemiológico dos nascimentos segundo variáveis como: sexo, peso ao nascer, idade gestacional, duração da gestação, tipo de parto e paridade, assim como variáveis importantes para analisar as condições de nascimento como: grau de instrução e idade da mãe, índice de Apgar no primeiro e quinto minuto e número de consultas durante o pré-natal.

Segundo Pereira (1995), a qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). Com os dados contidos na DNV, na forma em que estão estruturados, é que se tem um poderoso instrumento – a informação. Reconhece-se a importância do conhecimento das informações relacionadas aos eventos e às condições em que ocorrem os nascimentos, pois estes norteiam e direcionam o planejamento das ações de saúde tanto em relação à saúde da mãe quanto do recém-nascido (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). O conhecimento do número e das características dos nascidos vivos é indispensável para a elaboração de indicadores de saúde, tendo em vista que representa a realidade de uma comunidade.

Nesta perspectiva, este trabalho tem o objetivo de apresentar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos residentes no município de Chapecó/SC, relacionando-os com o ambiente de vivência materno, a partir dos dados obtidos no SINASC.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional (não intervencionista), com delineamento de pesquisa descritiva-transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizado com base nos dados secundários

disponíveis no banco de dados do SINASC na Vigilância Epidemiológica do município de Chapecó/SC. Esta base de dados é gerada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em cooperação com o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). O SINASC é um sistema que propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes.

O município de Chapecó, local do estudo, está localizado na mesorregião da Grande Fronteira do MERCOSUL, microrregião oeste de Santa Catarina, com população de 183.561 habitantes, segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo 168.159 habitantes (91,6%) residentes no meio urbano e 15.402 habitantes (8,4%) residentes no meio rural. Este mesmo instituto (IBGE) estimou para o município no ano de 2013 uma população total de 198.188 habitantes. Segundo o IBGE, Chapecó é a 6ª cidade mais populosa do estado de Santa Catarina e a 16ª em densidade populacional (293,98 hab/km²).

É importante citar que no município de Chapecó existem três áreas de reservas indígenas no meio rural, que são denominadas: Aldeia Condá e Toldo Chimbangue (I e II). Ambas as áreas são povoadas pela etnia indígena Kaingang, com superfície territorial correspondente a 4.242,73 hectares (dados disponibilizados pela Fundação Nacional do Índio no *site* <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>). Para este estudo, foi estratificado como grupo à parte do ambiente rural as aldeias indígenas (mesmo estas situando-se em área territorial rural municipal).

A população deste estudo foi o universo total de nascidos vivos do município de Chapecó do período de julho de 2011 a junho de 2013. Foram considerados nascidos vivos

[...] os produtos da concepção que, depois da separação, da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não importando a duração da gravidez, respiravam ou apresentavam outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. (BRASIL, 2010b, p. 23-24).

Os dados constantes das DNV foram coletados em um formulário específico; sendo realizada estratificação de acordo com o ambiente de vivência materno (ambiente rural, ambiente urbano, ambiente rural indígena); dados sobre o processo gestacional e materno (sociodemográficos), como faixa etária materna, local de ocorrência do parto, número de consultas de pré-natal, mês gestacional de início do pré-natal, escolaridade materna, situação conjugal, tipo de parto; e relacionados ao recém-nascido, como período gestacional, sexo, peso ao nascer, Apgar de 1º e 5º minutos, e presença de anomalias ou defeitos congênitos.

Os dados extraídos para este formulário foram codificados e armazenados em um banco de dados utilizando o *software* Microsoft Excel® 2010. Após, foi realizada análise de consistência dos dados coletados; subsequentemente, estes dados foram tratados utilizando-se análise estatística, sendo estas análises realizadas com o auxílio do programa estatístico IBM® SPSS® *Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 19.0.

Na análise estatística, os dados categóricos foram apresentados em frequência absoluta e relativa e os dados numéricos em média e desvio padrão. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade dos dados. Realizaram-se comparações entre os grupos conforme o ambiente de vivência materno. Utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) para realizar as comparações das variáveis categóricas. Realizou-se ANOVA de uma via com teste ‘*post-hoc*’ de Bonferroni para comparar as médias entre os grupos. Para avaliar a correlação entre duas variáveis numéricas utilizou-se o teste de correlação de Spearman. Considerou-se como nível de significância (α) o valor de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi realizado mediante avaliação e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC e do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP/UNOCHAPECÓ), obedecendo aos critérios normativos éticos e legais da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, sendo o mesmo registrado sob protocolo n. 091/2013.

3 RESULTADOS

É apresentado a seguir o perfil dos nascidos vivos, do município

em estudo, estratificados segundo ambiente de vivência materno, do período de julho de 2011 a junho de 2013. Deste período estudado, foram analisados dados referentes a 5.931 DNVs de recém-nascidos de mães residentes neste município. Destas, 13 DNVs apresentaram problemas de preenchimento, sendo utilizado para análise deste estudo 5.918 DNVs.

O local de ocorrência destes nascimentos, de acordo com a Tabela 1, foi predominantemente o ambiente hospitalar para 99,7% dos casos, indicando que estas gestantes tiveram acesso à atenção hospitalar no momento do parto.

No que se refere às características maternas, observou-se, na população geral, predomínio na faixa etária de 20-34 anos, 70,1% (n=4145), com percentual de mães adolescentes (idade inferior a 20 anos) de 15,7% (n=930) e 14,2% (n=843) com idade igual ou superior a 35 anos. Quando se estratifica o ambiente de vivência materno, observou-se que nas gestantes que vivem no meio urbano, 70,5% encontram-se na faixa etária de 20-34 anos, 14,8% são mães adolescentes e 14,7% tem idade igual ou superior a 35 anos. Já nas gestantes que vivem no meio rural, 67,5% encontram-se na faixa etária de 20-34 anos, 22,2% são mães adolescentes e 10,3% tem idade igual ou superior a 35 anos. Em relação às gestantes que vivem no ambiente rural indígena, 50,8% encontram-se na faixa etária de 20-34 anos, 44,3% são mães adolescentes e apenas 4,9% tem idade igual ou superior a 35 anos.

Quanto ao grau de escolaridade da mãe, 67,8% (n=4010) apresentou nove anos ou mais de estudos e 32,2% (n=1908) possuíam no máximo ensino fundamental completo (até oito anos de estudo).

Considerando a situação conjugal/estado civil das mães, a maioria foi composta de mulheres que coabitam com companheiro [união estável 53% (n=3158) e casadas 28% (n=1680)], seguindo de solteiras que representaram 17% (n=1022) (mães que não tem companheiro representam 19% do total de gestações deste município).

Em relação ao número de consultas de pré-natal, observou-se que 80% destas gestantes (n=4754) realizaram sete consultas ou mais, 15% (n=912) de quatro a seis consultas e somente 1% (n=36) não realizaram o pré-natal. Ao estratificar a população, observou-se que 81% das gestantes que vivem no meio urbano, 82% das gestantes que vivem no meio rural e 38% das gestantes do ambiente rural indígena realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.

No que diz respeito ao fato da gestação ser única ou múltipla, 98% (n=5798) das gestações foram únicas, e em apenas duas gestações deste município (no período estudado) ocorreram trigemelaridade. Ao

estratificar as gestantes em relação ao ambiente de vivência, observou-se que este percentual manteve-se preservado. Nos casos de trigemelaridade, as gestantes viviam no meio urbano.

Em relação ao tipo de parto, observou-se que a prevalência do parto vaginal foi de 34,5% do total de gestantes (n=2042). Ao estratificar o ambiente de vivência materno, observou-se que nas gestantes que vivem no meio urbano, 33,2% destas realizou parto vaginal; já nas gestantes que vivem no meio rural, 45,5% destas realizou parto vaginal; e em relação às gestantes que vivem no meio rural indígena, 65,6% destas realizou parto vaginal.

Tabela 1 – Perfil da amostra do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme o ambiente de vivência materno – fatores relacionados à gestante.

		Meio urbano (n = 5389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5918)	P
Local de ocorrência do parto	Domicílio	13 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (0,2%)	0,778
	Hospital	5371 (99,7%)	468 (100%)	61 (100%)	5900 (99,7%)	
	Outros	5 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (0,1%)	
Idade*		27 ± 7¶	25 ± 7§	22 ± 7§¶	27 ± 7	< 0,001
Faixa etária materna	10-14 anos	51 (1%)	8 (2%)	4 (7%)	63 (1%)	< 0,001
	15-19 anos	748 (14%)	96 (20%)	23 (38%)	867 (15%)	
	20-24 anos	1208 (22%)	125 (27%)	16 (26%)	1349 (23%)	
	25-29 anos	1415 (26%)	135 (29%)	9 (15%)	1559 (26%)	
	30-34 anos	1175 (22%)	56 (12%)	6 (10%)	1237 (21%)	
	35-39 anos	631 (12%)	34 (7%)	1 (2%)	666 (11%)	
	40-44 anos	150 (3%)	12 (3%)	1 (2%)	163 (3%)	
	45-49 anos	10 (0,2%)	2 (0,4%)	0 (0%)	12 (0,2%)	
	50 e mais anos	1 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (0%)	

Escolaridade e Materna	Sem escolaridade	8 (0,1%)	2 (0,4%)	1 (2%)	11 (0,2%)	< 0,001
	Fundamental I	199 (4%)	40 (8%)	11 (18%)	250 (4%)	
	Fundamental II	1390 (26%)	217 (46%)	39 (64%)	1646 (28%)	
	Médio	2403 (44%)	171 (36%)	9 (15%)	2583 (44%)	
	Superior incompleto	385 (7%)	12 (3%)	0 (0%)	397 (7%)	
	Superior completo	1003 (19%)	26 (6%)	1 (2%)	1030 (17%)	
	Ignorado	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	
Situação Conjugal	Solteira	904 (17%)	102 (21%)	16 (26%)	1022 (17%)	< 0,001
	Casada	1586 (29%)	92 (20%)	2 (3%)	1680 (28%)	
	Viúva	11 (0,2%)	1 (0,2%)	0 (0%)	12 (0,2%)	
	Separada / divorciada	31 (1%)	4 (1%)	0 (0%)	35 (1%)	
	União estável	2848 (53%)	268 (58%)	42 (69%)	3158 (53%)	
	Ignorada	9 (0,1%)	1 (0,2%)	1 (2%)	11 (0,2%)	
Consultas de Pré-Natal	Nenhuma	33 (1%)	2 (0,4%)	1 (2%)	36 (1%)	< 0,001
	DE 1 a 3	185 (3%)	13 (3%)	15 (25%)	213 (4%)	
	DE 4 a 6	821 (15%)	69 (14%)	22 (36%)	912 (15%)	
	7 ou mais	4348 (81%)	383 (82%)	23 (38%)	4754 (80%)	
	Ignorado	2 (0%)	1 (0,20%)	0 (0%)	3 (0,1%)	
Mês Gestação Início Pré-Natal*		2,28±1,18 ¥	2,38±1,12 ¥	3,47±1,69§ ¶	2,30±1,18	< 0,001
Gravidez Única versus Múltipla	Única	5279 (98%)	460 (98,3%)	59 (96,7%)	5798 (98%)	0,936
	Dupla	104	8 (1,7%)	2 (3,3%)	114	

		(1,9%)			(1,9%)	
	Tripla ou mais	6 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (0,1%)	
Tipo de Parto	Vaginal	1789 (33,2%)	213 (45,5%)	40 (65,6%)	2042 (34,5%)	< 0,001
	Cesariana	3600 (67,8%)	255 (54,5%)	21 (34,4%)	3876 (65,5%)	
Apresentação do Parto	Cefálica	5070 (95%)	447 (96%)	58 (97%)	5575 (95%)	< 0,001
	Pélvica / podálica	219 (4%)	11 (2%)	2 (3%)	232 (4%)	
	Tranversas	22 (0,4%)	2 (0,4%)	0 (0%)	24 (0,4%)	
	Ignorado	6 (0,1%)	5 (1%)	0 (0%)	11 (0,2%)	

Legenda da tabela 1: n número da amostra; * Dado apresentado em média \pm desvio padrão; § Diferença significativa quando comparado ao meio urbano ($P < 0,05$); ¶ Diferença significativa quando comparado ao meio rural ($P < 0,05$); ¥ Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: elaboração dos autores.

Quanto às características dos nascidos vivos, a Tabela 2 indica um maior número de crianças do sexo masculino, 51,1% na população em geral, não havendo diferenças ao estratificar quanto ao ambiente de vivência materno.

Em relação ao período gestacional na hora do parto (maturação do concepto), constatou-se que 88,7% das gestantes ($n=5248$) tiveram seus recém-nascidos no período “a termo” – ou seja, entre 37 e 41 semanas e seis dias de gestação; 9,4% delas ($n=558$) tiveram recém-nascidos prematuros – com até 36 semanas e seis dias de gestação e 1,7% dos casos ($n=100$) tiveram recém-nascidos pós-termo – acima de 42 semanas de gestação. Na estratificação pelo ambiente de vivência materno, observou-se que nas gestantes que vivem no meio urbano, 9,3% dos recém-nascidos foram prematuros. Já nas gestantes que vivem no meio rural, 9,4% dos recém-nascidos foram prematuros. Pode-se observar que em relação às gestantes que vivem no meio rural indígena, 18% dos recém-nascidos foram prematuros.

Quanto ao peso ao nascer, constatou-se que 87,3% destas

gestantes (n=5165) tiveram seus recém-nascidos com peso adequado ao nascer – ou seja, entre 2500 g e 3999 g; 9,2% delas (n=546) tiveram recém-nascidos de baixo peso ao nascer – até 2499 g; e 3,5% dos casos (n=207) tiveram recém-nascidos de alto peso ao nascer – acima de 4000 g. Ao estratificar o ambiente de vivência materno, observou-se que nas gestantes que vivem no meio urbano, 87,1% dos recém-nascidos tiveram peso adequado ao nascer. No meio rural, este percentual foi de 88,7%; e no meio rural indígena, este percentual foi de 93,4%.

Em relação ao boletim de Apgar no 5º minuto (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), observou-se que 97,4% (n=5764) dos recém-nascidos evoluíram com boletim de Apgar no 5º minuto ≥ 8 (ou seja, sem aparente dano neurológico/asfixia perinatal). Ao estratificar as gestantes em relação ao ambiente de vivência, constatou-se que este percentual manteve-se preservado.

Quanto à ocorrência de anomalias e/ou defeitos congênitos, observou-se que 98,1% (n=5808) dos recém-nascidos não apresentaram defeitos congênitos ao nascer. Em 33 casos (0,6%) dos casos, este campo específico da DNV não foi preenchido. Ao estratificar as gestantes em relação ao ambiente de vivência, observou-se que este percentual manteve-se preservado.

Tabela 2 – Perfil da amostra do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme o ambiente de vivência materno – fatores relacionados ao concepto.

		Meio urbano (n = 5389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5918)	P
Sexo	Masculino	2753 (51%)	239 (51%)	32 (52%)	3024 (51,1%)	0,998
	Feminino	2635 (49%)	229 (49%)	29 (47%)	2893 (48,9%)	
	Ignorado	1 (0,01%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,01%)	
Período Gestacional	MENOS					0,037
	DE 22 sem	3 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0%)	
	DE 22 a 27 sem	30 (1%)	1 (0,2%)	0 (0%)	31 (1%)	
	DE 28 a 31 sem	47 (1%)	5 (1%)	0 (0%)	52 (1%)	
	DE 32 a 36	423 (8%)	38 (8%)	11 (18%)	472 (8%)	

	sem					
	DE 37 a 41 sem	4789 (88,9%)	411 (87,8%)	48 (78,7%)	5248 (88,7%)	
	42 E MAIS sem	85 (1,6%)	13 (2,8%)	2 (3,3%)	100 (1,7%)	
	Em branco	12 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (0,2%)	
Peso ao nascer	Peso adequado	4693 (87,1%)	415 (88,7%)	57 (93,4%)	5165 (87,3%)	0,421
	Baixo peso	504 (9,3%)	38 (8,1%)	4 (6,6%)	546 (9,2%)	
	Alto peso	192 (3,6%)	15 (3,2%)	0 (0%)	207 (3,5%)	
Peso ao nascer*		3129±532	3135±516	3119±398	3130±529	0,963
Apgar 1° Min*		8,5±1,15¶	8,35±1,21§	8,43±1,38	8,49±1,16	0,030
Apgar 5° Min*		9,27±0,91	9,23±0,76	9,03±1,34	9,27±0,90	0,078
Dano Neurológico Apgar 5° min.	Dano grave	28 (0,5%)	0 (0%)	1 (2%)	29 (0,5%)	0,339
	Dano moderado	31 (1%)	5 (1%)	0 (0%)	36 (0,6%)	
	Dano discreto	79 (1%)	9 (2%)	1 (2%)	89 (1,5%)	
	Sem dano/asfíxia	5251 (97%)	454 (97%)	59 (97%)	5764 (97,4%)	
Anomalia / Defeito Congênito	Sim	72 (1%)	5 (1%)	0 (0%)	77 (1,3%)	0,638
	Não	5285 (98%)	462 (99%)	61 (100%)	5808 (98,1%)	
	Ignorado	32 (1%)	1 (0,2%)	0 (0%)	33 (0,6%)	

Legenda da tabela 2: n número da amostra; * Dado apresentado em média ± desvio padrão; § Diferença significativa quando comparado ao meio urbano ($P < 0,05$); ¶ Diferença significativa quando comparado ao meio rural ($P < 0,05$); ¥ Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: elaboração dos autores.

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a hegemonia dos partos hospitalares, pois, em quase sua totalidade (>99% dos partos), o local de ocorrência do parto foi no ambiente hospitalar, independente do local de residência materno. O parto é um evento fisiológico, entretanto, a partir do século XX foi transformado pela medicina em um “evento não fisiológico” e por isso institucionalizado, pois considera-se que somente frente às necessidades é que deve ser introduzido tratamento medicamentoso ou cirúrgico (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007). Mas vem-se observando atualmente o surgimento e criação de iniciativas para mudança desta perspectiva, como apontado no filme “O Renascimento do Parto” (2013). Medeiros, Santos e Silva (2008) estudaram a vivência de mulheres que escolheram realizar parto domiciliar assistido por enfermeira obstetra, mostrando que o vínculo entre o profissional de saúde e sua cliente, bem como o respeito por suas escolhas, expectativas e cultura, proporcionou segurança e confiabilidade a estas mulheres.

Em relação à faixa etária materna, evidenciou-se que a gestação na adolescência (considerado de 10 a 19 anos de idade) ocorreu em 14,8% das gestações do meio urbano, em 22,2% das gestações do meio rural e em 44,3% das gestações do meio rural indígena; isso mostra que, proporcionalmente em relação ao meio urbano, no ambiente rural do município em estudo, o risco de gestar na adolescência é 1,5 vezes maior e no meio rural indígena 3 vezes maior. Além disto, ao subestratificar a adolescência em duas faixas etárias (10 a 14 anos e 15 a 19 anos), observou-se que nas gestantes mais jovens o percentual de gravidezes de acordo com o ambiente de vivência materno foi de 1% das gestações do meio urbano, 2% das gestações do meio rural e 7% das gestações do meio rural indígena, indicando que o risco de gestação em adolescentes muito jovens na população rural indígena é sete vezes maior que na população urbana.

Sabe-se que as recentes transformações socioculturais tanto em esfera nacional quanto mundial acabam propiciando um ‘precoce’ início da vida sexual, e que a maternidade na adolescência é um evento bem preocupante, pois transcende os aspectos clínicos, em que fatores sociais, econômicos e culturais também interagem, causando impacto no estado de saúde tanto materno quanto neonatal (SANTOS et al., 2014). Mulheres que iniciam a vida reprodutiva cedo tendem a ter número maior de filhos e, conseqüentemente, estão expostas a mais risco nas

gestações futuras, sendo considerada esta faixa etária como sendo de risco fisiológico (GUIMARÃES et al., 2013).

A pesquisa Nascer no Brasil (LEAL; GAMA, 2014), que realizou um inquérito nacional sobre parto e nascimento, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, com a participação de um grande número de instituições científicas do País, revelou que as adolescentes entrevistadas naquele estudo apresentaram um perfil bastante desfavorável em relação às gestantes adultas, pois mais de dois terços das gestantes adolescentes estavam em atraso escolar ou fora da escola, pertencendo às classes sociais mais baixas, além de apresentar desvantagens relacionadas com o acesso ao pré-natal e ao número de consultas realizadas. Santos et al. (2014) corroboram tal fato, referindo que fatores como a assistência pré-natal inadequada, ausência do parceiro e a não aceitação da gestação pela família ou companheiro, entre outros fatores, interferem no estado de saúde da mãe adolescente, o que pode propiciar a ocorrência de adversidades em seu recém-nascido.

Uma indagação proposta sobre a alta taxa de gestação em idade precoce (10 a 14 anos) na população rural indígena seria sobre o fator cultural dessa população, que tem arraigado em sua cultura a precocidade no casamento e na gestação com finalidade de constituir família, fato este que na população que vive no meio urbano pode ser interpretado como pedofilia e violência, pois, conforme a legislação vigente – Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990) –, o ato sexual antes dos 14 anos de idade é considerado como violência.

Na gestação em idades mais avançadas (acima de 40 anos de idade materna), o percentual observado foi ao redor de 3%, em todos os meios. Schupp (2006) evidenciou que a proporção de parturições nas mulheres acima de 40 anos varia de 2 a 5%. Caetano, Netto e Manduca (2011) também relataram que atualmente há uma tendência cada vez maior de gravidez entre mulheres que se encontram na faixa dos 35 e mais anos de idade.

Em relação à escolaridade materna, constatou-se que as gestantes do meio urbano têm mais escolaridade ao se comparar com as demais populações. Acredita-se que há certo grau de dificuldade de acesso ao ensino das mulheres residentes no meio rural; já no meio rural indígena, isto pode ocorrer também por aspectos culturais. Salienta-se que a baixa escolaridade facilita a ocorrência de problemas de comunicação entre estas gestantes e os profissionais de saúde, o que pode ocasionar baixa adesão ao pré-natal. Silva (2008) mostrou que a comunicação é um

instrumento básico para o dia a dia dos profissionais de saúde, em que há o processo de compreensão e compartilhamento de mensagens entre profissional e paciente. Rozemberg (2014) refere que a comunicação promove interação em sociedade, fazendo com que o compartilhamento de experiências através do diálogo seja imprescindível, sempre objetivando uma vida com mais qualidade.

No que diz respeito ao número de consultas de pré-natal, identificou-se que 81% das gestantes do meio urbano e 82% das gestantes do meio rural realizaram sete ou mais consultas; já dentre as gestantes indígenas esse percentual foi de apenas 38%. Sabe-se que um dos fatores que pode dificultar o acesso da gestante que vive no meio rural à unidade de saúde é a distância geográfica; em algumas vezes, essa dificuldade de acesso é agravada pela precariedade de transporte público para a população rural. Essa situação não ocorre com as gestantes do meio rural indígena deste município, que possuem unidade de Estratégia Saúde da Família no interior da comunidade rural indígena. Entretanto, observou-se que menos da metade das gestantes do meio rural indígena realizou o número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, apesar do fácil acesso à assistência à saúde desta população. Possivelmente essa questão esteja associada ao fator sociocultural da população rural indígena, com a busca aos cuidados orientados pelo pajé e/ou crenças locais.

Segundo o Guia Técnico para Atenção do Parto Culturalmente Adequado do Ministério de Saúde Pública do Equador (EQUADOR, 2008), de acordo com a cosmovisão indígena, a saúde deve ser vista numa perspectiva 'holística', em que o cuidado da saúde integre o cuidado do corpo, a proteção do espírito e o resguardo dos riscos emocionais. Já os profissionais de saúde, que muitas vezes têm em sua formação uma visão predominantemente biomédica, tecnocrática e mecanicista da saúde, promovem um acompanhamento de saúde adequado durante a gestação, que minimiza os efeitos adversos à gestante e ao recém-nascido, mas não abordando esta gestante numa perspectiva 'holística', espiritual e emocional, valorizado bastante por este grupo de pessoas, o que pode levar a menor adesão ao pré-natal ofertado pelos serviços de saúde.

Quanto ao mês do início do pré-natal (média), evidenciou-se que gestantes do meio rural indígena tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente (por volta do 3º mês), já as gestantes dos meios urbano e rural começam, em média, seu pré-natal por volta do 2º mês. Sabe-se da importância do início do acompanhamento pré-natal o mais precocemente possível, tendo em vista a necessidade de realização de

exames ainda no início da gestação a fim de detectar anormalidades passíveis de tratamento precoce, evitando, desta forma, danos neonatais, além de que, quanto mais tarde inicia-se o pré-natal, a evolução deste período gestacional pode ser desfavorável (BRASIL, 2006).

Verificou-se também um número elevado de cesáreas (65,5% na população geral do estudo), assim como foi apontado no estudo *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014), ao qual constatou que a proporção nacional de cesarianas foi de 52%; além de que esta proporção (em esfera nacional) quase quadruplicou, passando de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010. O mesmo estudo sugere que este fato pode estar relacionado à precariedade de orientações no período pré-natal, momento em que a mulher tem a oportunidade de conhecer, obter informações sobre o parto vaginal como via recomendada, pois facilita sua recuperação pós-parto, além de ser menos invasivo. Há evidências de que, no parto cesariana, não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbimortalidade perinatal e que traumatismos fetais também ocorrem, em especial em casos de prematuros. O parto normal é o vaginal, que é mais ‘seguro’ para a mulher e para a criança (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

No que tange à via de parto, este estudo identificou que gestantes do meio urbano são as que menos realizaram parto vaginal (33,2%), as do meio rural em 45,5% e as do meio rural indígena em 65,5% das gravidezes. Estes dados mostraram que a possibilidade de nascer de parto vaginal em gestantes que vivem no meio rural é 1,5 vezes maior e nas gestantes do meio rural indígena é duas vezes maior, quando comparado com gestantes do meio urbano. O estudo *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014) revelou que no Brasil, 48% dos nascimentos ocorrem de parto vaginal (seja com ou sem intervenção associada). Observa-se também que em muitas vezes está presente o fator “autonomia da mãe” na hora de escolha da via de parto, pois a pesquisa *Nascer no Brasil* mostrou que quase 70% das gestantes desejavam parto vaginal no início da gravidez, entretanto poucas foram apoiadas por esta opção. Embora a preferência inicial pelo parto vaginal fosse maior, foi constatado que, ao longo da gravidez, houve uma mudança de decisão em relação ao tipo de parto, que não pode ser explicado pela ocorrência de problemas e complicações. Isso sugere que a orientação no pré-natal pode estar induzindo a maior aceitação da cesariana. Cardoso e Barbosa (2012) também observaram que as gestantes que têm mais escolaridade optam como predileção escolher a via de parto cesariana.

Em relação ao sexo dos conceptos, na população estudada, a maior frequência de bebês foi do sexo masculino (ao redor de 51%),

sem diferença entre as populações estratificadas pelo ambiente de vivência.

Sobre a idade gestacional à época do parto, segundo os critérios adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define como parto pré-termo (prematuridade) aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 258 dias após o primeiro dia da última menstruação (CLOHERTY et al., 2012), constatou-se que a prematuridade ocorreu em 9,4% dos nascimentos; ao estratificar segundo o ambiente de vivência materno, a prematuridade ocorreu em 9,3% das gestações do meio urbano, em 9,4% das gestações do meio rural e em 18% das gestações do meio rural indígena. Isto leva a inferir que a taxa de partos prematuros é proporcionalmente maior no meio rural indígena. No entanto, estes nascimentos prematuros na população rural indígena não ocorreram nas gestantes de menor idade, ou seja, não se observou, neste grupo de pessoas, uma possível associação de gestação na adolescência com prematuridade, associação esta observada em outros estudos (KLEIN, 2005; MARTINS et al., 2011; SANTOS et al., 2014).

Em relação à média de peso ao nascer, este valor também foi bastante semelhante entre as três populações estratificadas (em média $3130g \pm 529g$). Também ao se estratificar o peso conforme a classificação utilizada pela OMS – baixo peso de nascimento os que nascem com peso inferior a 2500 g, alto peso de nascimento aqueles que nascem com peso superior a 4000 g, e adequado peso ao nascer aqueles que nascem com peso entre 2500 g e 4000 g –, os recém-nascidos de baixo peso foram 9,2% do total (um pouco menor no grupo rural indígena) e recém-nascidos de alto peso foram 3% (ocorrência não vista no grupo rural indígena).

Cabe apontar que foi observado que, por mais que a ocorrência de recém-nascidos de baixo peso na população rural indígena foi de 6,6%, o de prematuridade nesta mesma população foi de 18%; esta ‘incongruência’ entre a ocorrência de prematuridade com o peso adequado ao nascimento leva a indagar duas possibilidades: a primeira é de que estes recém-nascidos, mesmo apresentando bom ganho ponderal durante a evolução gestacional, ainda assim nasceram antes da data prevista do parto; ou a segunda é da possibilidade de estar ocorrendo o que se relata como ‘viés de memória’ (MEDRONHO et al., 2008), que seria decorrente de, pelo fato de começar um pré-natal mais tardio, associado a poucas consultas e a possíveis erros de aferição decorrentes de exames de imagem realizados mais tardiamente (como ultrassonografias) (CALLEN, 2009), ocorrerem ‘erros’ de cálculo

gestacional decorrentes de problemas de lembranças (memória) sobre o ciclo menstrual e o início da gestação.

No que tange ao boletim de Apgar no 5º minuto (e de uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), evidenciou-se que 97,4% destes recém-nascidos tiveram Apgar de 5º minuto ≥ 8 , ou seja, sem dano neurológico/asfixia, independente do meio de vivência materno. Este dado ajuda a ver que, tendo em vista a predominância dos partos institucionais (hospitalares), este recém-nascido é bem assistido em seu nascimento, ou seja, caso seja necessária realização de medidas de reanimação em sala de parto, estas sejam prontamente realizadas de tal modo que a chance de dano neurológico decorrente de asfixia neonatal seja minimizada (CLOHERTY et al., 2012).

Por fim, sobre a presença de anomalias – defeitos congênitos, na população estudada, em quase sua totalidade (98% dos nascimentos) –, não foram constatados defeitos congênitos destes conceptos, sem diferença entre as populações estratificadas pelo ambiente de vivência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados no presente estudo evidenciam que em Chapecó/SC, município polo da região oeste catarinense e referência em saúde para esta região, no período de julho de 2011 a junho de 2013, o perfil dos nascidos vivos foi: a) a quase totalidade dos partos ocorreu em ambiente hospitalar; b) houve discreta predominância de neonatos do sexo masculino; c) gestação na adolescência (considerado neste estudo até 19 anos de idade) ocorreu em 14,8% das gestações do meio urbano, em 22,2% das gestações do meio rural e em 44,3% das gestações do meio rural indígena; d) houve um percentual elevado de mães adolescentes precoces (até 14 anos de idade) no meio rural indígena; e) a assistência de pré-natal mostrou-se acessível, sendo mostrada que 80% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, com diferença importante na população rural indígena; f) os nascidos vivos foram, predominantemente, a termo (88,7%); g) o percentual de prematuridade foi bem mais acentuado nas gestantes do meio rural indígena; h) recém-nascidos de baixo peso ocorreram em aproximadamente 9,2% dos nascimentos, sem diferença entre os ambientes de vivência materno.

O parto cesariana nesta região geográfica supera o parto vaginal,

em uma proporção próxima a 2:1, com exceção das gestantes do ambiente rural indígena, que realizam mais parto vaginal; este fato pode estar mais associado a fatores de ordem cultural e econômica. Ressalta-se que a incidência de parto cesariana, no meio urbano principalmente, extrapola o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, podendo ser caracterizado como um problema de Saúde Pública.

Também se destaca que o início mais tardio do pré-natal, principalmente no ambiente rural indígena, pode estar associado à possibilidade de ocorrência do que se relata como ‘viés de memória’, que pode levar a determinadas ‘incongruências’ no perfil epidemiológico de nascimentos, como taxa de prematuridade díspar da taxa de peso ‘adequado’ ao nascimento.

Por fim, finaliza-se este trabalho evidenciando que há diferenças epidemiológicas no nascimento, segundo o ambiente de vivência materno. Deste modo, sugere-se o desenvolvimento de estudos nesta área, especialmente voltados a população rural indígena, que evidenciou dados em relação ao processo de nascimento com marcantes diferenças (principalmente na taxa de prematuridade) em relação à população residente nos ambientes urbano e rural (não indígena) desta região.

O percentual de dados ignorados foi pequeno, podendo, assim, a DNV ser considerada um importante instrumento para avaliação da realidade epidemiológica local. Por fim, concluímos que a variável local de moradia materna deve ser considerada ao avaliarmos e planejarmos estratégias e ações que visem à qualidade da assistência à mulher no período da gestação, parto, puerpério e ao seu recém-nascido.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Leis e Decretos. Registros Públicos - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.

Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 26 p.

CAETANO, L.C.; NETTO, L.; MANDUCA, N.L. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 579-587, 2011.

CALLEN, P.W. **Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1256 p.

CARDOSO, J.E.; BARBOSA, R.H.S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012.

CARNIEL, E.F.; ANTONIO, M.A.R.G.M.; LIMA E MOTA, M.R.M.; MORCILLO, A.M.; ZANOLLI, M.L. A “Declaração de Nascido Vivo” como orientadora de ações de saúde em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife-PE, v. 3, n. 2, p. 165-74, 2003.

CLOHERTY, J.P.; EICHENWALD, E.C.; HANSEN, A.R.; STARK, A.R. **Manual of Neonatal Care**. 7. ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2012. 1024 p.

CRAVO, E.O.; OLIVEIRA, J.V.R. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju-Sergipe, Brasil. **Ideias & Inovação**, Aracaju-SE, v. 1, n. 1, p. 9-17, 2012.

CRIZÓSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; LUZ, M.H.B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 98-104, 2007.

EQUADOR, Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud. **Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado**. Quito: Editora del Ministerio de Salud, 2008. 64 p.

GUIMARÃES, A.M.A.N.; BETTIOL, H.; SOUZA, L.; GURGEL, R.Q.;

ALMEIDA, M.L.D.; RIBEIRO, E.R.O.; GOLDANI, M.Z.; BARBIERI, M.A. Gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 11-19, 2013.

GUIMARÃES, C.S.; RIZZOTTO, M.L.F. Análise do perfil epidemiológico e uso de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos no Município de Cascavel-PR. In: 3ª MOSTRA DE TRABALHOS EM SAÚDE PÚBLICA, 2009, Cascavel-PR, **Anais...**[Internet]. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/eventos/saudepublica/poster/analise_perfil_epidemiologico_uso_dados.pdf>. Acesso em: 01.julho.2014.

GUIMARÃES, E.B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M.I.; SILVA, E.V. **Adolescência - Prevenção e Risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 291-8.

KLEIN, J.D. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, p. 281-286, 2005.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. (editoras convidadas). Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suplemento 2014, p. S1-S231, 2014.

MAAR, A.W.; PEDRON, A.V.; DEL PRÁ NETTO, F. **Santa Catarina**: história, espaço geográfico e meio ambiente. 2. ed. Florianópolis-SC: Insular, 2011. 288 p.

MARTINS, M.G.; SANTOS, G.H.N.S.; SOUSA, M.S.; COSTA, J.E.F.B.; SIMÕES, V.M.F. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 11, p. 354-60, 2011.

MEDEIROS, R.M.K.; SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 765-72, 2008.

MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 676 p.

NHONCANSE, G.C.; MELO, D.G. Confiabilidade da Declaração de

Nascido Vivo como fonte de informação sobre os defeitos congênitos no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 955-63, 2012.

O RENASCIMENTO do parto. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro: Érica de Paula. Bretz Filmes Distribuidora e Produtora Ltda; Chauvet Filmes, 2013, 1 DVD (90min), son, color.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Necessidades de salud de los adolescentes**. Informe de um Comitê de Expertos de La OMS. Genebra: OMS, 1997. 55p.

PAIVA, N.S.; COELI, C.M.; MORENO, A.B.; GUIMARÃES, R.M.; CAMARGO JÚNIOR, K.R. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, suplemento 1, p. 1211-1220, 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. 596 p.

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

ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736 p.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; BONFIM, J.R.A.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 795-825.

SANTOS, N.L.A.C.; COSTA, M.C.O.; AMARAL, M.T.R.; VIEIRA, G.O.; BACELAR, E.B.; ALMEIRA, A.H.V. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SCHUPP, T.R. **Gravidez apos os 40 anos de idade: analise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos**. Sao Paulo: USP; 2006.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

5.2 ARTIGO 2

**ESTUDO DO PESO AO NASCER E DA IDADE GESTACIONAL
AO NASCIMENTO, A PARTIR DA DECLARAÇÃO DE
NASCIDO VIVO, EM UM MUNICÍPIO POLO DA REGIÃO
OESTE CATARINENSE**

SILVA, Rodrigo Aguiar da
FERRAZ, Lucimare

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar os aspectos epidemiológicos do peso ao nascer e da idade gestacional ao nascimento em Chapecó/SC, no período de julho de 2011 a junho de 2013, com base no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e seu principal instrumento, a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Trata-se de pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. Na organização e tratamento dos dados para análise estatística, foi utilizado os Programas Microsoft Excel[®] 2010 e IBM[®] SPSS[®] Statistics versão 19.0. As variáveis incluíram dados relacionados à gestante (como faixa etária, escolaridade, situação conjugal, número de consultas de pré-natal, gravidez única *versus* múltipla) e dados relacionados ao conceito (como idade gestacional, peso ao nascer, sexo e boletim de Apgar). Do total de 5.918 nascidos vivos, 9,4% nasceram prematuros e 9,2% nasceram com peso inferior a 2.500 g. A ocorrência de gravidez na adolescência (especialmente na faixa de 10-14 anos) esteve associada ao risco de prematuridade (15,9%) e/ou de baixo peso ao nascer (19%), estando em níveis bastante semelhantes a outras localidades. Além disto, recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer tiveram risco maior de asfíxia perinatal, o que pode acarretar em diminuição do desempenho neurológica funcional, cognitiva e motora. Ressalta-se que o conhecimento de que o resultado gestacional e a saúde do binômio mãe-filho dependem da interação de múltiplos fatores, pois variáveis maternas (faixa etária precoce), assistência pré-natal e evolução do parto podem interferir no estado de saúde deste recém-nascido, com repercussões que podem durar a vida inteira deste neonato. Conclui-se que a análise da DNV é um importante instrumento para avaliação da

realidade epidemiológica local de forma mais imediata, pois permite conhecer o perfil dos fenômenos, considerando a multiplicidade de fatores que podem interferir no processo de evolução gestacional, assim como no resultado neonatal (tais como baixo peso ao nascer e prematuridade).

Palavras-chave: Nascido Vivo. Epidemiologia. Prematuro. Recém-Nascido de Baixo Peso. Declaração de Nascimento.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the epidemiology of birth weight and gestational age at birth in Chapecó/SC, from July 2011 to June 2013, based on the Live Birth Information System (SINASC) and his main instrument, the Declaration of Live Birth (DNV). It is descriptive research, retrospective, with a quantitative approach. In the organization and processing of data for statistical analysis, we used the *Microsoft Excel*[®] 2010 and *IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* version 19.0 programs. The variables included pregnant-related data (such as age, maternal education, marital status, number of prenatal visits, single *versus* multiple pregnancy) and data related to the conceptus (such as gestational age, birth weight, sex and Apgar score). Of the 5,918 live births, 9.4% were born prematurely and 9.2% were born weighing less than 2,500 g. The occurrence of teenage pregnancy (especially in the range of 10-14 years) was associated with risk of prematurity (15.9%) and/or low birth weight (19%), being in very similar levels to other localities. In addition, premature infants and low birth weight babies had a higher risk of perinatal asphyxia, which can result in decreased functional neurological, cognitive and motor performances. It is emphasized that the knowledge that pregnancy outcome and the health of mother and child depend on the interaction of multiple factors, as maternal variables (early age), prenatal care and labor evolution can interfere with the health status of this newborn, with repercussions that can last a lifetime this neonate. We conclude that the analysis of DNV is an important tool for assessing local epidemiological reality most immediately because it allows to know the profile of the phenomena, considering the multitude of factors that can interfere with the gestational development process, as well as neonatal outcome (such as low birth weight and prematurity).

Keywords: ‘Live birth’. ‘Epidemiology’. ‘Premature’. ‘Low Birth Weight’. ‘Birth Certificates’.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, a gravidez deve ser vista como um fenômeno fisiológico, como parte de uma experiência de vida saudável, e não como um estado patológico. Esta é uma fase de diversas transformações e modificações anatômicas, fisiológicas e hormonais, que visam propiciar uma adequada estimulação para que o feto cresça e se desenvolva normalmente e, ao mesmo tempo, proteger o organismo materno, fazendo com que, ao final de todo esse processo, sua evolução seja sem intercorrências e que a gestante (agora puérpera) encontre-se em condição de saúde satisfatória e apta para o processo de lactação (BRASIL, 2006).

A gestação apresenta inúmeras características, dentre elas, a sua duração. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o recém-nascido como prematuro (ou pré-termo) aquele que nasce entre 20 e 37 semanas de gestação, como recém-nascido a termo aquele que nasce entre 37 e 42 semanas de gestação, e como recém-nascido pós-termo aquele que nasce com mais de 42 semanas de gestação (WEN et al., 2004; CLOHERTY et al., 2012).

A prematuridade constitui-se em um grande problema de Saúde Pública, por tratar-se de um determinante de morbimortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento (ESCOBAR; CLARK; GREENE, 2006). A prevalência de nascimentos pré-termo mostra tendências crescentes em muitos países, mesmo entre aqueles de renda elevada, como Estados Unidos, Austrália, Japão e Canadá (LAWN et al., 2010). Relatório da OMS, baseado em estimativas realizadas por meio de modelagens estatísticas, estima que ocorram anualmente, no mundo, 15 milhões de nascimentos pré-termo, mais de 10% do total dos nascimentos (OMS, 2012).

Estudos têm identificado diversos fatores de risco para a prematuridade, tais como: tipo de parto, cor da pele, idade da mãe, fatores de ordem genética, condições socioeconômicas, tabagismo e exposição a substâncias tóxicas, estado civil, tipo de ocupação da mãe, estado nutricional, alteração de peso inadequados da mãe e também assistência pré-natal ausente ou tardia (MARTIN; FANAROFF; WALSH, 2011; GOMELLA; CUNNINGHAM; EYAL, 2013).

Nesta seara, o peso do recém-nascido (aferido preferencialmente na primeira hora de vida) também é um indicador importante da saúde não somente neonatal, mas também para a infância e até mesmo para a vida adulta (STEIN; SIEGEL; BAUMAN, 2006). Segundo Martin, Fanaroff e Walsh (2011), o peso ao nascer é o resultado final do tempo de duração da gestação e do aproveitamento do potencial genético de crescimento do feto; e ainda que a prematuridade e a restrição de crescimento fetal (RCF) tenham esse mesmo desfecho perinatal, podem resultar de condições clínicas quantitativa e qualitativamente diferentes. Conforme definição da OMS, todo aquele que ao nascer pesa abaixo de 2.500 g é considerado recém-nascido de baixo peso (RNBP), e acima de 4.000 g com excesso de peso.

O estudo do peso ao nascer pode mostrar evidências da atuação de fatores de natureza diversa sobre o potencial genético individual, sendo sua distribuição diferente e específica para populações distintas, em razão principalmente de condições individuais e sociais, podendo ser considerado um bom indicador de qualidade de vida (CLOHERTY et al., 2012). Os RNBP apresentam maior morbimortalidade no primeiro ano de vida e na vida adulta, devido o desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), além de distúrbios neurocognitivos e atraso do desenvolvimento (STEIN; SIEGEL; BAUMAN, 2006). Uma vez que o baixo peso ao nascer é associado com fatores sociais incluindo pobreza, desemprego e suporte social, esse poderia ser considerado um indicador de desigualdade social (NOBILE et al., 2007).

O baixo peso ao nascer tem causa multifatorial e, além de ser um dos principais determinantes da mortalidade infantil, sua associação com afecções agudas e crônicas acarreta em gastos para a saúde pública e prejuízos para os indivíduos envolvidos, o que justifica a importância de sua prevenção. Os fatores de risco maternos mais relevantes relacionados são: idade materna, paridade, RNBP em gestação prévia, intervalo intergestacional, tabagismo e cesariana (MARTIN; FANAROFF; WALSH, 2011).

Conhecer os aspectos envolvidos na exposição ao baixo peso ao nascer e à prematuridade é importante para avaliar o comportamento epidemiológico da saúde materno-infantil. Nesta perspectiva, este estudo tem o objetivo de caracterizar os aspectos epidemiológicos do peso ao nascer e da idade gestacional dos nascidos vivos residentes no município de Chapecó/SC, relacionando-os com o ambiente de vivência materno, a partir dos dados obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional (não intervencionista), com delineamento de pesquisa descritiva-transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizado com base nos dados secundários disponíveis no banco de dados do SINASC na Vigilância Epidemiológica do município de Chapecó/SC. Esta base de dados é gerada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em cooperação com o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). O SINASC é um sistema que propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes.

O município de Chapecó, local do estudo, está localizado na mesorregião da Grande Fronteira do MERCOSUL, microrregião oeste de Santa Catarina, com população de 183.561 habitantes, segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo 168.159 habitantes (91,6%) residentes no meio urbano e 15.402 habitantes (8,4%) residentes no meio rural. Este mesmo instituto (IBGE) estimou para o município no ano de 2013 uma população total de 198.188 habitantes. Segundo o IBGE, Chapecó é a 6ª cidade mais populosa do estado de Santa Catarina e a 16ª em densidade populacional (293,98 hab/km²).

É importante citar que no município de Chapecó existem três áreas de reservas indígenas no meio rural, que são denominadas: Aldeia Condá e Toldo Chimbangue (I e II). Ambas as áreas são povoadas pela etnia indígena Kaingang, com superfície territorial correspondente a 4.242,73 hectares (dados disponibilizados pela Fundação Nacional do Índio no *site* <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>). Para este estudo, foi estratificado como grupo a parte do ambiente rural as aldeias indígenas (mesmo estas situando-se em área territorial rural municipal).

A população deste estudo foi o universo total de nascidos vivos do município de Chapecó do período de julho de 2011 a junho de 2013. Foram considerados nascidos vivos

[...] os produtos da concepção que, depois da separação, da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não importando a duração da

gravidez, respiravam ou apresentavam outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. (BRASIL, 2010, p. 23-24).

Os dados constantes das DNV foram coletados em um formulário específico; foi realizada estratificação de acordo com o ambiente de vivência materno (ambiente rural, ambiente urbano, ambiente rural indígena); dados sobre o processo gestacional e materno (sociodemográficos), como faixa etária materna, local de ocorrência do parto, número de consultas de pré-natal, mês gestacional de início do pré-natal, escolaridade materna, situação conjugal, tipo de parto; e relacionados ao recém-nascido, como período gestacional, sexo, peso ao nascer, Apgar de 1º e 5º minutos, e presença de anomalias ou defeitos congênitos.

Os dados extraídos para este formulário foram codificados e armazenados em um banco de dados utilizando o *software* Microsoft Excel® 2010. Após, foi realizada análise de consistência dos dados coletados; subsequente, estes dados foram tratados utilizando-se análise estatística, sendo estas análises realizadas com o auxílio do programa estatístico IBM® SPSS® *Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 19.0.

Na análise estatística, os dados categóricos foram apresentados em frequência absoluta e relativa e os dados numéricos em média e desvio padrão. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade dos dados. Realizaram-se comparações entre os grupos conforme o ambiente de vivência materno. Utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) para realizar as comparações das variáveis categóricas. Realizou-se ANOVA de uma via com teste ‘*post-hoc*’ de Bonferroni para comparar as médias entre os grupos. Para avaliar a correlação entre duas variáveis numéricas utilizou-se o teste de correlação de Spearman. Considerou-se como nível de significância (α) o valor de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi realizado mediante avaliação e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC e do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP/UNOCHAPECÓ), obedecendo aos critérios normativos éticos e legais da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde –

Ministério da Saúde, sendo o mesmo registrado sob protocolo n. 091/2013.

3 RESULTADOS

São apresentados a seguir os aspectos epidemiológicos dos nascidos vivos do município em estudo, estratificados inicialmente conforme seu peso de nascimento e após conforme a idade gestacional ao nascimento, do período de julho de 2011 a junho de 2013. Deste período estudado, foram analisados dados referentes a 5.931 DNVs de recém-nascidos de mães residentes neste município. Destas, 13 DNVs apresentaram problemas de preenchimento, sendo utilizado para análise deste estudo 5.918 DNVs. Quando se analisou os dados referentes à idade gestacional, em outras 12 DNVs este dado constou como 'ignorado', sendo utilizado neste caso o número total de 5.906 DNVs.

Ao analisar o peso de nascimento destes recém-nascidos (Tabela 1), constatou-se que 87,3% (5.165) dos bebês foram classificados como recém-nascidos de peso normal, 9,2% (546) foram recém-nascidos de baixo peso e 3,5% (207) foram recém-nascidos de alto peso ao nascer.

No que se refere às características sociodemográficas maternas, identificou-se, ao avaliar a idade materna, predomínio dos nascimentos na faixa etária de 20-34 anos: 70% (n=4145); destes, 9,3% (n=386) foram recém-nascidos de baixo peso e 3,1% (n=128) recém-nascidos de alto peso. Na população adolescente, subestratificando nas faixas etárias 10-14 anos e 15-19 anos, observou-se que o total de gestantes adolescentes precoces (10-14 anos) foi de 63 (1,1% dos nascimentos), destes 19% foram recém-nascidos de baixo peso. Nas adolescentes mais tardias (15-19 anos), o total de gestantes foi de 867 (14,6% dos nascimentos), sendo 7,5% destes recém-nascidos de baixo peso. Na população com idade igual ou superior a 35 anos, o total de gestações foi de 843 (14,3% dos nascimentos), sendo 9,9% destes recém-nascidos de baixo peso.

Em relação à escolaridade materna, 32,2% (n=1908) das mães tinham ensino fundamental; 43,7% (n=2583) tinham ensino médio e 24,1% (n=1427) tinham ensino superior. Das mães que tinham ensino superior, 88,5% (n=263) foram recém-nascidos de peso normal, 8,7% (n=124) foram RNBP e 2,8% (n=40) foram recém-nascidos de alto peso. Considerando o baixo peso, este ocorreu em 9,3% (n=177) das mães com ensino fundamental e em 9,5% (n=245) das mães com ensino

médio.

Considerando a situação conjugal/coabitação com companheiro, a maioria dos nascidos são filhos de mães que vivem com companheiro – 81,8% (n=4838); sem companheiro – 18% (n=1069); situação ignorada – 0,2% (n=11). Das mães que vivem com companheiro, 8,9% (n=432) de seus recém-nascidos tinham baixo peso; já das que vivem sem companheiro, este percentual foi de 10,6% (n=114).

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 80,3% (n=4754) das gestantes realizaram sete ou mais consultas. Constatou-se que a ocorrência de recém-nascidos de baixo peso foi de 7,3% (n=346) nas gestantes que realizaram sete ou mais consultas e de 17,2% (n=200) nas gestantes que fizeram até seis consultas de pré-natal (esta população totalizou 36,6% dos nascidos de baixo peso).

No que diz respeito ao fato da gestação ser única ou múltipla (gemelaridade), 98% (n=5798) das gestações foram únicas. Destes, 7,9% (n=458) foram recém-nascidos de baixo peso e 3,5% (n=205) recém-nascidos de alto peso. Das gestações gemelares, 71,9% (n=82) foram RNBP; e as gestações trigemelares, todos os conceptos (n=6) foram RNBP.

Em relação ao tipo de parto, observou-se que, dos recém-nascidos que nasceram de parto vaginal, 9% (n=184) foram RNBP; e dos que nasceram de cesariana, 9,3% (n=362) foram RNBP, embora na população de RNBP 66,3% nasceram de parto cesariana. Já na população de recém-nascidos de alto peso, 72,5% (n=150) nasceram de parto cesariana.

Considerando o período gestacional, da população de prematuros (até 36 semanas e 6 dias de idade gestacional), 57,3% (n=320) foram RNBP e 42,5% (n=237) recém-nascidos de peso normal. Já da população de recém-nascidos a termo, 4,2% (n=223) foram RNBP e 92,1% (n=4832) recém-nascidos de peso normal. Evidenciou-se também que, do total de recém-nascidos de baixo peso, 40,9% foram recém-nascidos a termo.

Quanto ao sexo dos nascidos, recém-nascidos masculinos totalizaram 51,1% (n=3024) da população; destes 8,9% (n=270) foram RNBP e 4,7% (n=141) foram recém-nascidos de alto peso. Recém-nascidos femininos totalizaram 48,9% (n=2893); destas, 9,5% (n=275) foram RNBP e 2,3% (n=66) foram recém-nascidos de alto peso. Em apenas um caso não foi determinado o sexo devido à extrema prematuridade do nascituro. Pode-se observar que, da população de recém-nascidos de alto peso, 68,1% foram do sexo masculino.

Em relação ao boletim de Apgar no 5º minuto (uma estimativa de

possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), constatou-se que, dos recém-nascidos de peso normal, 98,1% (n=5067) evoluíram com boletim de Apgar no 5º minuto ≥ 8 , ou seja, sem aparente dano neurológico/asfixia perinatal. Nos recém-nascidos de alto peso, este percentual foi de 97,1% (n=201) e nos RNBP, este percentual foi de 90,8% (n=496). Podemos também observar que, dos recém-nascidos que evoluíram com boletim de Apgar no 5º minuto 0-3 (dano grave), 37,9% foram RNBP; e dos recém-nascidos que evoluíram com boletim de Apgar no 5º minuto 4-6 (dano moderado), 38,9% foram RNBP.

Tabela 1 – Perfil dos nascidos do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme seu peso à época do nascimento.

		Peso normal (n=5165)	Baixo peso (n=546)	Alto peso (n=207)	Total (n=5918)	P
Idade materna*		26,74±6,65 ¥	27,39±6,68	28,03±7,52 §	26,84±6,69	0,003
Faixas de Idade Materna						
	10-14 anos	47 (74,6%)	12 (19%)	4 (6,4%)	63 (1,1%)	<
	15-19 anos	771 (88,9%)	65 (7,5%)	31 (3,6%)	867 (14,6%)	0,001
	20-34 anos	3631 (87,6%)	386 (9,3%)	128 (3,1%)	4145 (70%)	
	35 e mais anos	716 (84,9%)	83 (9,9%)	44 (5,2%)	843 (14,3%)	
Escolaridade Materna						
	Fundamental	1641 (86%)	177 (9,3%)	90 (4,7%)	1908 (32,2%)	<
	Médio	2261 (87,5%)	245 (9,5%)	77 (3%)	2583 (43,7%)	0,001
	Superior	1263 (88,5%)	124 (8,7%)	40 (2,8%)	1427 (24,1%)	
Situação Conjugal						
	Sem companheiro	918 (85,9%)	114 (10,6%)	37 (3,5%)	1069 (18%)	0,541
	Com companheiro	4236 (87,6%)	432 (8,9%)	170 (3,5%)	4838 (81,8%)	
	Ignorada	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (0,2%)	

Consultas de Pré-Natal	0 a 6 consultas	932 (80,3%)	200 (17,2%)	29 (2,5%)	1161 (19,6%)	< 0,001
	7 ou mais consultas	4230 (89%)	346 (7,3%)	178 (3,7%)	4754 (80,3%)	
	Ignorado	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,05%)	
<hr/>						
Gravidez Única <i>versus</i> Múltipla	Única	5135 (88,6%)	458 (7,9%)	205 (3,5%)	5798 (98%)	< 0,001
	Dupla	30 (26,3%)	82 (71,9%)	2 (1,8%)	114 (1,9%)	
	Tripla ou mais	0 (0%)	6 (100%)	0 (0%)	6 (0,1%)	
<hr/>						
Tipo Parto	Vaginal	1801 (88,2%)	184 (9%)	57 (2,8%)	2042 (34,5%)	0,101
	Cesariana	3364 (86,8%)	362 (9,3%)	150 (3,9%)	3876 (65,5%)	
<hr/>						
Período Gestacional	ATÉ 36 sem	237 (42,5%)	320 (57,3%)	1 (0,2%)	558 (9,4%)	< 0,001
	DE 37 a 41 sem	4832 (92,1%)	223 (4,2%)	193 (3,7%)	5248 (88,7%)	
	42 E MAIS sem	84 (84%)	3 (3%)	13 (13%)	100 (1,7%)	
	Em branco	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (0,2%)	
<hr/>						
Nº Sem Gestação*		38,68±1,32 ¥	34,88±3,74 §¥	39,60±1,17 §¶	38,35±2,06	< 0,001
<hr/>						
Peso ao nascer*		3202±339¶ ¥	2034±474§ ¥	4223±244§ ¶	3129±530	< 0,001
<hr/>						
Sexo	Masculino	2613 (86,4%)	270 (8,9%)	141 (4,7%)	3024 (51,1%)	< 0,001
	Feminino	2552 (88,2%)	275 (9,5%)	66 (2,3%)	2893 (48,9%)	
	Ignorado	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (0,01%)	
<hr/>						
Dano Neurológico Apgar 5º min.	Dano grave	17 (58,6%)	11 (37,9%)	1 (3,5%)	29 (0,5%)	< 0,001
	Dano moderado	18 (50%)	14 (38,9%)	4 (11,1%)	36 (0,6%)	

	Dano discreto	63 (70,8%)	25 (28,1%)	1 (1,1%)	89 (1,5%)	
	Sem dano/asfixia	5067 (87,9%)	496 (8,6%)	201 (3,5%)	5764 (97,4%)	
<hr/>						
Anomalia Defeito Congênito	Sim	56 (72,7%)	18 (23,4%)	3 (3,9%)	77 (1,3%)	< 0,001
	Não Ignorado	5078 (87,4%)	527 (9,1%)	203 (3,5%)	5808 (98,1%)	
		31 (94%)	1 (3%)	1 (3%)	33 (0,6%)	
<hr/>						
Nº Gestações Anteriores*		0,96±1,18	1,06±1,37	1,28±1,37	0,98±1,21	<0,001
<hr/>						
Mês Gestação Início PN*		2,29±1,17	2,31±1,24	2,40±1,22	2,30±1,18	0,418

Legenda da tabela 1: n número da amostra; * Dado apresentado em média ± desvio padrão; § Diferença significativa quando comparado ao grupo com peso normal ($P < 0,05$); ¶ Diferença significativa quando comparado ao grupo com baixo peso ($P < 0,05$); ¥ Diferença significativa quando comparado ao grupo com alto peso ($P < 0,05$).

Fonte: elaboração dos autores.

Ao analisar a idade gestacional ao nascimento destes bebês (Tabela 2), constatou-se que 88,7% (n=5248) foram classificados como recém-nascidos a termo, 9,4% (n=558) foram recém-nascidos prematuros, 1,7% (n=100) foram recém-nascidos pós-termo e 0,2% (n=12) tiveram esta informação ignorada (na DNV).

No que se refere às características sociodemográficas maternas, identificou-se que, ao avaliar a idade materna, na faixa etária de 20-34 anos, 89,3% (n=3696) de seus recém-nascidos foram a termo, 9,2% (n=379) foram prematuros e 1,5% (n=64) pós-termo. Na população adolescente, substratificando nas faixas etárias 10-14 anos e 15-19 anos, observou-se que nas gestantes adolescentes precoces (10-14 anos) os recém-nascidos a termo foram 80,9%, prematuros foram 15,9% e pós-termo foram 3,2%. Já nas adolescentes mais tardias (15-19 anos), os recém-nascidos a termo foram 88,5%, prematuros foram 8,8% e pós-

termo foram 2,7%. Na população com idade igual ou superior a 35 anos, os recém-nascidos a termo foram 87,6%, prematuros foram 11,1% e pós-termo foram 1,3%.

Em relação à escolaridade materna, das mães que tinham ensino superior (n=1426), 90,1% (n=1285) tiveram recém-nascidos a termo, 8,6% (n=123) tiveram recém-nascidos prematuros e 1,3% (n=18) tiveram recém-nascidos pós-termo. Avaliando estritamente a prematuridade, esta ocorreu em 9% (n=171) das mães com ensino fundamental e em 10,2% (n=264) das mães com ensino médio.

Considerando a situação conjugal/coabitação com companheiro, das mães que vivem com companheiro (n=4838), 9,3% (n=451) de seus recém-nascidos foram prematuros; já daquelas que vivem sem companheiro, 10,1% (n=106) de seus recém-nascidos foram prematuros.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, observou-se que a ocorrência de recém-nascidos prematuros foi de 7,2% (n=343) nas gestantes que realizaram sete ou mais consultas e de 18,6% (n=215) nas gestantes que fizeram até seis consultas de pré-natal. Notou-se que na população de recém-nascidos prematuros, o percentual de mães que realizou sete ou mais consultas foi de 61,5% (n=343); já na população de recém-nascidos a termo, este percentual foi de 82,4% (n=4326).

No que diz respeito ao fato da gestação ser única ou múltipla (gemelaridade), 98% (n=5786) das gestações foram únicas. Destes, 8,3% (n=480) foram recém-nascidos prematuros e 1,7% (n=100) recém-nascidos pós-termo. Das gestações gemelares, 63,2% (n=72) foram prematuros; e as gestações trigemelares, todos os conceptos (n=6) foram prematuros.

Em relação ao tipo de parto, observou-se que, dos recém-nascidos que nasceram de parto vaginal, 9,6% (n=196) foram recém-nascidos prematuros; e dos que nasceram de parto cesariana, 9,4% (n=362) foram recém-nascidos prematuros. Na estratificação por idade gestacional, as cesarianas ocorreram em um percentual muito semelhante entre os estratos: 64,9% nos recém-nascidos prematuros, 65,7% nos recém-nascidos a termo e 63% nos recém-nascidos pós-termo.

Considerando a média de peso de nascimento, os prematuros nasceram com peso médio de 2.352 g (± 718 g), os recém-nascidos a termo nasceram com peso médio de 3.107 g (± 427 g), e os recém-nascidos pós-termo nasceram com peso médio de 3.421 g (± 513 g).

Quanto ao sexo dos nascidos: nos recém-nascidos masculinos, a ocorrência de prematuridade foi de 10,2% (n=307); já nos recém-nascidos femininos, a prematuridade ocorreu em 8,6% (n=250) destas.

Em relação ao boletim de Apgar no 5º minuto (e o possível dano

neurológico decorrente do processo de nascimento), constatou-se que, dos recém-nascidos a termo, 98,1% (n=5146) dos recém-nascidos evoluíram com boletim de Apgar no 5º minuto ≥ 8 , ou seja, sem aparente dano neurológico/asfixia perinatal. Nos recém-nascidos pós-termo, este percentual foi de 99% (n=99) e nos recém-nascidos prematuros este percentual foi de 91,2% (n=509). Pode-se também constatar que dos recém-nascidos que evoluíram com boletim de Apgar no 5º minuto 0-3 (dano grave), 37,9% foram prematuros e 62,1% recém-nascidos a termo; e dos recém-nascidos que evoluíram com boletim de Apgar no 5º minuto 4-6 (dano moderado), 34,3% foram prematuros, 62,9% recém-nascidos a termo e 2,8% recém-nascidos pós-termo.

Tabela 2 – Perfil dos nascidos do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme a idade gestacional à época do nascimento.

		Prematuro (n = 558)	A Termo (n = 5248)	Pós-Termo (n = 100)	Total (n = 5906)	P
Idade materna *		27,17±6,85 ¥	26,85±6,66 ¥	24,64±6,60 §¶	26,85±6,68	0,00 2
Faixas de Idade Materna					63 863 4139 841 (14,2%)	0,17 7
	10-14 anos	10 (15,9%)	51 (80,9%) 764	2 (3,2%)	(1,1%)	
	15-19 anos	76 (8,8%)	(88,5%) 3696	23 (2,7%)	(14,6%)	
	20-34 anos	379 (9,2%)	(89,3%) 737	64 (1,5%)	(70,1%)	
	35 e mais anos	93 (11,1%)	(87,6%)	11 (1,3%)	(14,2%)	
Escolaridade Materna	Fundamental		1677 (88,3%)	51 (2,7%)	1899 (32,2%)	0,02 2
	Médio	171 (9%) 264 (10,2%)	2286 (88,6%) 1285	31 (1,2%)	(43,7%) 1426	
	Superior	123 (8,6%)	(90,1%)	18 (1,3%)	(24,1%)	
Situação Conjugal (Coabitação com Companheiro)	Sem companheiro	106 (10,1%)	932 (88,1%)	19 (1,8%)	1057 (17,9%)	0,13 7
	Com companheiro	451 (9,3%)	4306 (89%)	81 (1,7%)	4838 (81,9%)	
	Ignorada	1 (9,1%)	10 (90,9%)	0 (0%)	11 (0,2%)	

Consultas de Pré-Natal	0 a 6 consultas	215 (18,6%)	919 (79,6%)	20 (1,8%)	1154 (19,5%)	< 0,00
	7 ou mais consultas	343 (7,2%)	4326 (91,1%)	80 (1,7%)	4749 (80,4%)	1
	Ignorado	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3 (0,05%)	
Gravidez Única versus Múltipla	Única	480 (8,3%)	5206 (90%)	100 (1,7%)	5786 (98%)	< 0,00
	Dupla	72 (63,2%)	42 (36,8%)	0 (0%)	114 (1,9%)	1
	Tripla ou mais	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (0,1%)	
Tipo Parto	Vaginal	196 (9,6%)	1802 (88,6%)	37 (1,8%)	2035 (34,5%)	0,78 4
	Cesariana	362 (9,4%)	3446 (89%)	63 (1,6%)	3871 (65,5%)	
Nº Sem Gestação*		34,15±3,27 ¶¥	38,75±1,15 §¥	41,62±1,77 §¶	38,35±2,03	< 0,00 1
Peso ao nascer	Peso normal	237 (4,6%)	4832 (93,8%)	84 (1,6%)	5153 (87,2%)	< 0,00
	Baixo peso	320 (58,6%)	223 (40,8%)	3 (0,6%)	546 (9,2%)	1
	Alto peso	1 (0,5%)	193 (93,2%)	13 (6,3%)	207 (3,6%)	
Peso ao nascer*		2352±718¶ ¥	3107±427§ ¥	3421±513§ ¶	3130±52 8	< 0,00 1
Sexo	Masculino	307 (10,2%)	2660 (88,1%)	52 (1,7%)	3019 (51,1%)	0,00 9
	Feminino	250 (8,6%)	2588 (89,7%)	48 (1,7%)	2886 (48,9%)	1
	Ignorado	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,01%)	
Dano Neurológico Apgar 5º min.	Dano grave	11 (37,9%)	18 (62,1%)	0 (0%)	29 (0,5%)	< 0,00
	Dano moderado	12 (34,3%)	22 (62,9%)	1 (2,8%)	35 (0,6%)	1
	Dano discreto	26 (29,6%)	62 (70,4%)	0 (0%)	88 (1,5%)	
	Sem dano/asfixia	509 (8,8%)	5146 (89,5%)	99 (1,7%)	5754 (97,4%)	

Anomalia						
Defeito						
Congênito	Sim	13 (16,9%)	61 (79,2%)	3 (3,9%)	77 (1,3%)	0,079
	Não	541 (9,3%)	5159 (89%)	96 (1,7%)	5796 (98,1%)	
	Ignorado	4 (12,1%)	28 (84,9%)	1 (3%)	33 (0,6%)	
Nº Gestações Anteriores*		1,06±1,33	0,97±1,20	0,92±1,12	0,98±1,21	0,205
Mês Gestação Início PN*		2,43±1,35¶	2,28±1,16§ ¥	2,62±1,33¶	2,30±1,18	< 0,001

Legenda da tabela 2: n número da amostra; * Dado apresentado em média ± desvio padrão; § Diferença significativa quando comparado ao grupo prematuro (P < 0,05); ¶ Diferença significativa quando comparado ao grupo a termo (P < 0,05); ¥ Diferença significativa quando comparado ao grupo pós-termo (P < 0,05).

Fonte: elaboração dos autores.

Quando se analisa o ambiente de vivência materno (Tabela 3), observa-se que 91,1% (n=5389) destas mães vivem no ambiente urbano, 7,9% (n=468) das mães vivem no ambiente rural e 1% (n=61) vivem no ambiente rural indígena.

No que diz respeito ao período gestacional na hora do parto (maturação do concepto), observou-se que, ao estratificar o ambiente de vivência materno, nas gestantes que vivem no meio urbano, 9,3% de seus recém-nascidos foram prematuros. Já nas gestantes que vivem no meio rural, 9,4% de seus recém-nascidos foram prematuros. Pode-se observar que em relação às gestantes que vivem no meio rural indígena, 18% de seus recém-nascidos foram prematuros. Esta diferença entre os ambientes foi considerada estatisticamente significativa (meio rural indígena em relação aos demais).

Já quanto ao peso ao nascer, observou-se que, ao estratificar o ambiente de vivência materno, nas gestantes que vivem no meio urbano, 87,1% (n=4693) dos recém-nascidos tiveram peso adequado ao nascer.

Já nas gestantes que vivem no meio rural, 88,7% (n=415) dos recém-nascidos tiveram peso adequado ao nascer. Em relação às gestantes que vivem no meio rural indígena, 93,4% (n=57) dos recém-nascidos tiveram peso adequado ao nascer.

Tabela 3 – Perfil dos nascidos do estudo no município de Chapecó/SC, do período de julho de 2011 a junho de 2013, conforme o ambiente de vivência materno da população avaliada.

		Meio Urbano (n=5389)	Meio Rural (n=468)	Meio Rural Indígena (n=61)	Total (n=5918)	P
Período Gestacional		503	44		558	
	ATÉ 36 sem	(9,3%)	(9,4%)	11 (18%)	(9,4%)	0,037
	DE 37 a 41 sem	4789	411	48	5248	
		(88,9%)	(87,8%)	(78,7%)	(88,7%)	
	42 E MAIS sem	85	13	2 (3,3%)	100	
		(1,6%)	(2,8%)		(1,7%)	
		12			12	
		(0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	(0,2%)	
Peso ao Nascer		4693	415	57	5165	
	Peso Normal	(87,1%)	(88,7%)	(93,4%)	(87,3%)	0,421
		504	38		546	
	Baixo Peso	(9,3%)	(8,1%)	4 (6,6%)	(9,2%)	
		192	15		207	
		(3,6%)	(3,2%)	0 (0%)	(3,5%)	
	Alto Peso					

Fonte: elaboração dos autores.

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que o percentual de recém-nascidos de baixo peso (9,2%) e de recém-nascidos prematuros (9,4%) são próximos àqueles encontrados em outros estudos realizados no Brasil.

Maia (2009), ao estudar o baixo peso ao nascer em um município no estado do Acre, encontrou um percentual de recém-nascidos de baixo peso de 9,13%. Carniel et al. (2008) também encontraram, em seu estudo realizado em Campinas/SP, uma taxa de baixo peso ao nascer de 9,1%. Andrade, Szwarcwald e Castilho (2008), que estudaram o baixo

peso ao nascer no Brasil, relataram que o percentual nacional de baixo peso ao nascer no ano de 2005 foi de 8,1%, sendo que os percentuais de baixo peso ao nascer foram variáveis de acordo com a região do Brasil: de 6,8% na região Norte, passando a 8,4% na região Sul e chegando a 9,0% na região Sudeste. Veloso et al. (2013), ao estudarem a tendência secular da taxa de baixo peso ao nascer nas capitais brasileiras, constataram que esta taxa aumentou de 8,5% no ano de 1996 para 9,1% no ano de 2010 em todas as capitais brasileiras, com um aumento significativo até 2003/2004, seguido de estabilização destas taxas desde então, com exceção das capitais da região Centro-oeste brasileira. Estes mesmos autores atentaram para o fato de que esta taxa foi maior nas capitais brasileiras das regiões mais desenvolvidas. Lima et al. (2013), no estudo que demonstrou a distribuição da taxa de baixo peso ao nascer nos diversos estados brasileiros, também evidenciaram que há desigualdade espacial do baixo peso ao nascer no Brasil, sendo que as maiores taxas neste estudo também se concentraram nos estados da região Sul e Sudeste, ou seja, nas regiões de melhor situação socioeconômica.

Quanto à prematuridade, têm-se verificado que a sua prevalência ainda é elevada em vários municípios brasileiros, como no Rio de Janeiro (RJ), com índice de 10% (LEAL et al., 2004), e Pelotas (RS), com 16,2% em 2004 (BARROS et al., 2005). Cascaes et al. (2008) relataram que, historicamente, a prematuridade no estado de Santa Catarina variou de 5,32% a 6,05% entre 2000 a 2005, numa evolução histórica ascendente, mesmo ainda tendo registro de subnotificação de casos (à época, a cobertura do SINASC em Santa Catarina era de 96%). Já Blencowe et al. (2013) relataram que a OMS estimou uma taxa global de nascimentos prematuros pelo mundo ao redor de 11,1%, referindo que a grande maioria destes nascimentos pré-termos ocorreriam no sul da Ásia e na África subsaariana (devido, em parte, a alta fertilidade e o número largo de nascimentos que ocorrem nestas duas regiões em comparação com outras partes do mundo).

Em relação à gestação na adolescência, observou-se que na tenra adolescência (faixa etária de 10-14 anos), a ocorrência de recém-nascidos de baixo peso foi de 19%, taxa esta 2,5 vezes maior que a taxa destes recém-nascidos na adolescência mais “tardia” (faixa etária de 15-19 anos) e duas vezes maior que esta taxa na população de mães de 20-34 anos (faixa etária de maior percentual de gestações). Já a prematuridade ocorreu em 15,9% das adolescentes jovens, taxa esta 1,8 vezes maior que nas adolescentes mais “tardias” e 1,7 vezes maior que nas mães de 20-34 anos de idade. Sabe-se que ambas as variáveis

(prematuridade e baixo peso ao nascer) se entremeiam, mas mesmo assim a ocorrência de baixo peso foi três pontos percentuais superior à da prematuridade nesta faixa etária.

Silva e Calvo (2006) realizaram uma pesquisa no estado de Santa Catarina que evidenciou a associação entre gestação precoce e o risco maior de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Guimarães et al. (2013) mostraram em seu estudo, realizado em Aracaju/SE, que, dos recém-nascidos de mães adolescentes (até 18 anos), 13,4% foram recém-nascidos de baixo peso. Relataram que as mães adolescentes daquele estudo tinham altas proporções de indicadores socioeconômicos desfavoráveis, mas que aquelas que viviam sem companheiro tinham maior risco para baixo peso ao nascer. Santos et al. (2014) apontaram que recém-nascidos de mães adolescentes (especialmente no grupo de mães mais jovens) apresentam maior tendência para baixo peso ao nascer e prematuridade, sugerindo fatores como a assistência pré-natal inadequada, ausência do parceiro e a não aceitação da gestação pela família ou companheiro, entre outros, como interferências ao estado de saúde e bem-estar da gestante adolescente, o que favoreceria a ocorrência de condições adversas ao crescimento e desenvolvimento fetal. Segundo a Academia Americana de Pediatria (EUA), o índice de prematuridade entre adolescentes encontra-se em torno de 14%, comparado às mulheres de 25 a 29 anos, que se situa ao redor de 6% (KLEIN, 2005).

Além disto, as transformações socioculturais do mundo atual têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais precoce. Peretto et al. (2011) evidenciaram que, nas últimas décadas, ocorreu entre as mulheres, como um todo, um decréscimo na taxa de fecundidade (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos; em 2000, passou para 2,3 filhos), porém, entre as adolescentes este sentido mostra-se inverso!

Também sobre a idade materna, pode-se ver que as gestantes de mais idade (acima de 35 anos) tiveram uma taxa de recém-nascidos de baixo peso bastante próximas das de mães de 20-34 anos (9,9% nas mães acima de 35 anos *versus* 9,3% nas mães entre 20-34 anos). Já Rojas et al. (2013), que também estudaram a ocorrência de baixo peso em uma maternidade da Grande Florianópolis, referiram que mães adolescentes (com idade até 19 anos) e com idade igual ou superior a 35 anos constituem-se em duas vezes maior exposição para nascimentos de bebês de baixo peso.

Outro aspecto observado no presente estudo foi a taxa de recém-nascidos de baixo peso com idade gestacional ao nascer considerada a

termo: 40,9%. Como referido previamente, a prematuridade e o baixo peso ao nascer se entremeiam, pois normalmente neonatos que nascem muito antes da data provável do parto perdem uma importante etapa do desenvolvimento intrauterino que é a do rápido crescimento (hipertrófico) que acontece no final da gestação, aumentando o risco de mortalidade, morbidade e incapacidade. Segundo Carniel et al. (2008), o encurtamento da gestação (prematuridade) e a restrição do crescimento fetal (desnutrição uterina) são os dois fatores que, associados ou isolados, resultam em nascimentos de bebês com baixo peso ao nascer. Entretanto, o percentual observado no presente estudo em Chapecó/SC faz refletir que a ocorrência de baixo peso ao nascer também deve servir de alerta de que algo errado ocorreu na evolução da gestação. Sabe-se que o fumo na gravidez é responsável por 20% dos casos de baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004). No estudo de Silva et al. (2011), 26,3% das mães que abusaram de álcool tiveram bebês com baixo peso ao nascer. Estas gestantes, com receio de possível recriminação e/ou desaprovação pelos profissionais de saúde, podem expor menor consumo dessas substâncias ou até mesmo negá-los.

No que tange à via de parto, este estudo constatou que, dos recém-nascidos de baixo peso, 66,3% nasceram de parto cesariana; e dos recém-nascidos de alto peso, 72,5% nasceram de parto cesariana. Sabe-se que, quando se tem prévio conhecimento de que o recém-nascido pode ser macrossômico, há certa predileção em fazer parto cesariana a fim de evitar distócias no canal de parto. Segundo Souza, Amorim e Porto (2010), sugere-se a realização de cesariana para os casos de estimativa de peso fetal acima de 4.500 g, tendo em vista que a macrossomia fetal encontra-se relacionada com o aumento da morbidade materna e fetal (paralisia de Erb-Duchenne e distócia de ombro). Todavia, no presente estudo, o alto índice de crianças de baixo peso que nasceram de parto cesariana pode suscitar questionamentos sobre se houve problemas maternos gestacionais que levaram a decisão de realizar parto cesariana ou se esse tipo de ‘conduta’ tenha sido por ‘escolha’ materna. Nesta óptica, Souza, Amorim e Porto (2010) relataram que recém-nascidos de baixo peso e muito baixo peso ao nascer apresentam risco aumentado de cesariana. Entretanto, há indícios que a cesariana nesses fetos não traz tantos benefícios em relação à evolução para parto vaginal.

Ao analisar a idade gestacional materna, evidenciou-se que, no que diz respeito ao número de consultas de pré-natal, nas gestações a termo, 82,4% realizou sete ou mais consultas de pré-natal. Já nas

gestantes de recém-nascidos prematuros, este percentual caiu para 61,5%. Obviamente que gestantes que têm seus bebês prematuramente realizam menos consultas de pré-natal, justamente pelo fato da finalização da gestação ter ocorrido de maneira precoce. Mesmo assim, observou-se que, para a maioria das gestantes de recém-nascidos prematuros, estas tentaram realizar o pré-natal o mais próximo possível das gestantes que ganham seus recém-nascidos na adequada época. No estudo de Kilsztajn et al. (2003), foi verificado que ao aumentar o número de consultas pré-natais de 0 a 3 para 7 ou mais há redução significativa da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo (de 14% para 4%). Carniel et al. (2008) evidenciaram que as mulheres que fizeram menos de sete consultas tiveram mais chance de ter filhos com baixo peso ao nascer do que as que frequentaram o programa adequadamente, referindo que uma adequada atenção pré-natal contribuiu favoravelmente para o peso de nascimento.

Em relação ao boletim de Apgar no 5º minuto (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), observou-se que, nos recém-nascidos que tiveram Apgar de 5º minuto \leq 7, ou seja, com risco de dano neurológico/asfíxia, esta ocorrência foi mais acentuada em recém-nascidos prematuros e de baixo peso (idade gestacional: 8,8% dos bebês prematuros *versus* 1,9% dos recém-nascidos a termo e 1% dos recém-nascidos pós-termo; peso ao nascer: 9,2% dos bebês de baixo peso *versus* 1,9% nos recém-nascidos de peso normal e 2,9% nos recém-nascidos de alto peso).

Takazono e Golin (2013) referem que o índice de Apgar pode ser a forma mais viável de avaliação do recém-nato em países em desenvolvimento, em que nem sempre há possibilidade da realização de exames complementares, entretanto este índice não deve ser utilizado de forma isolada para definir asfíxia. Maggi et al. (2014) evidenciaram que recém-nascidos prematuros são mais propensos a apresentar pior desempenho funcional, cognitivo e motor quando comparado com os nascidos a termo (independente da situação socioeconômica) na idade pré-escolar. Associando o fato de o recém-nascido ser prematuro a apresentar um boletim de Apgar baixo ao 5º minuto de vida, a propensão de menor desenvolvimento neurocognitivo é ainda mais acentuada.

No que diz respeito ao fato da gestação ser única ou múltipla (gemelaridade), gestações gemelares tendem a finalizar de modo prematuro (63% dos gemelares foram prematuros e 71,9% foram de baixo peso neste estudo). Em Chapecó/SC, todos os trigemelares foram prematuros e de baixo peso ao nascer. Veloso et al. (2013) mostraram

que a taxa de nascimentos múltiplos aumentou de 1,84% em 1997 para 2,15% em 2010 nas capitais brasileiras, sendo que estas taxas foram altas nas capitais das regiões brasileiras mais desenvolvidas (regiões Sul e Sudeste). Cardim et al. (2005), ao realizarem uma análise retrospectiva das gestações múltiplas em um hospital da cidade de Maringá/PR, evidenciaram que a idade gestacional ao nascimento foi significativamente menor na população de gemelares (prematuridade em gemelares ocorreu em 47% e em não gemelares em 24%), e a proporção de baixo peso ao nascimento também foi maior nesta população (baixo peso em gemelares ocorreu em 64% e em não gemelares em 16,3%). Carniel et al. (2008) também referiram que as crianças nascidas de partos duplos e triplos tiveram maior chance de nascerem com peso inferior a 2500 g, dado provavelmente decorrente do fato que as gestações múltiplas predisõem ao trabalho de parto prematuro.

Por fim, sobre o sexo dos conceptos, na população estudada, um fator interessante observado foi que, especificamente na população de recém-nascidos de alto peso, a maior frequência de bebês foi do sexo masculino (68,1% dos recém-nascidos de alto peso). Isto é um importante fator a ser observado para sua evolução na infância e na vida adulta, pois atualmente vem se relacionando o peso ao nascer com risco de desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta. Sousa et al. (2013), em seu estudo, evidenciaram que indivíduos de peso ao nascer ≥ 4000 g podem resultar em elevada prevalência de síndrome metabólica na adolescência, despontando a elevação da pressão arterial sistólica como principal fator de risco cardiovascular.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados no presente estudo evidenciam que em Chapecó/SC, município polo da região oeste catarinense e referência em saúde para esta região, no período de julho de 2011 a junho de 2013, o percentual de recém-nascidos de baixo peso e de recém-nascidos prematuros foi de, respectivamente, 9,2% e 9,4%, resultados próximos aos de outras localidades do Brasil, especialmente das regiões mais desenvolvidas.

A ocorrência de gravidez na adolescência entre 10 a 14 anos de idade esteve associada ao risco de nascimento de recém-nascido prematuro (sendo encontrada prevalência de 15,9% nesta faixa etária) e de baixo peso ao nascer (encontrado prevalência de 19% nesta faixa

etária), evidenciando a necessidade de uma atenção à saúde mais direcionada para esta faixa etária, visando a realização de um pré-natal mais minucioso, além de ações que visem prevenir a ocorrência de gestação em idade precoce.

Outro aspecto a ser ressaltado foi que, na população de recém-nascidos de baixo peso, um percentual significativo destes foi de recém-nascidos a termo, frisando que, além da prematuridade, a restrição de crescimento fetal também é um fator importante neste resultado, e que a observação deste fato deve nos alertar para investigar adequadamente a evolução do pré-natal, inclusive sobre possível exposição ou consumo de substâncias nocivas, como o fumo e o álcool, durante a gestação.

Além disto, recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer tiveram risco aumentado de asfixia perinatal (considerando uma avaliação pelo boletim de Apgar ao 5º minuto), o que pode acarretar em diminuição do desempenho neurológico funcional, cognitivo e motor. Mesmo com a utilização deste índice, indica-se sempre avaliação neurológica complementar.

Também é importante ressaltar que o resultado gestacional e a saúde do binômio mãe-filho dependem de múltiplos fatores que se inter-relacionam, pois os dados do presente estudo permitem inferir que variáveis maternas (principalmente o extremo precoce da faixa etária), a assistência pré-natal e a evolução durante o parto podem interferir diretamente no estado de saúde do recém-nascido, com repercussões que podem durar a vida inteira deste neonato.

Foi possível constatar que o percentual de dados ignorados foi pequeno, podendo, assim, a DNV ser considerada um importante instrumento para avaliação da realidade epidemiológica local de forma mais imediata, pois permite conhecer o perfil dos fenômenos, considerando a multiplicidade de fatores que podem interferir no processo de evolução gestacional, assim como no resultado neonatal. Contudo, há limitações em estudos realizados com dados secundários, pois não existem registros de fatores comportamentais maternos, que podem influenciar direta ou indiretamente o peso ao nascer e a idade gestacional ao nascimento. Deste modo, sugere-se o desenvolvimento de estudos analíticos nesta área, especialmente voltados à população adolescente e do meio rural indígena.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2564-2572, 2008.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **Lancet**, v. 365, p. 847-854, 2005.

BLENCOWE, H. et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. **Reproductive Health**, v. 10, (Suppl 1), p. S2, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 26 p.

CARDIM, H. J. P. et al. Análise retrospectiva das gestações múltiplas no Hospital Universitário Regional de Maringá no período de janeiro de 2000 a julho de 2003. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 57-61, 2005.

CARNIEL, E. F. et al. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 169-179, 2008.

CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008.

CLOHERTY, J. P. et al. **Manual of Neonatal Care**. 7. ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2012. 1024 p.

ESCOBAR, G. J.; CLARK, R. H.; GREENE, J. D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more

questions. **Semin Perinatol**, v. 30, p. 28-33, 2006.

GOMELLA, T. L.; CUNNINGHAM, M. D.; EYAL, F. G. **Neonatology**: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs. 7. ed. USA: McGraw-Hill, 2013. 1136 p.

GUIMARÃES, A. M. A. N. et al. Gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 11-19, 2013.

GUIMARÃES, E. B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M. I.; SILVA, E. V. **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 291-298.

KENT, S. T. et al. Area-level risk factors for adverse birth outcomes: trends in urban and rural settings. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, p. 129, 2013.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KLEIN, J. D. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, p. 281-286, 2005.

LAWN, J. E. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 10, (Suppl 1), p. S1, 2010.

LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999- 2001. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, (Suplemento 1), p. S20-S33, 2004.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **J Bras Pneumol.**, v. 30, p. 176-85, 2004.

LIMA, M. C. B. M. et al. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2443-2452, 2013.

MAGGI, E. F. et al. Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 4, p. 377-383, 2014.

MAIA, R. R. P. **Fatores associados ao baixo peso ao nascer no município de Cruzeiro do Sul, Acre**. 2009. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARTIN, R. J.; FANAROFF, A. A.; WALSH, M. C. **Neonatal-Perinatal Medicine: diseases of the fetus and infant**. 9. ed. St. Louis (USA): Elsevier Mosby, 2011. 2008 p.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 765-772, 2008.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 676 p.

NOBILE, C. G. A. et al. Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. **BMC public health.**, n. 7, p. 192-200, 2007.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Born Too Soon**. The Global Action Report on Preterm Birth. Genebra: WHO, 2012.

PERETTO, M. et al. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 13, n. 4, p. 721-729, out./dez. 2011.

ROJAS, P. F. B. et al. Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso-controle. **Arq. Catarin. Med.**, v. 42, n. 1, p. 68-75, jan./mar. 2013.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SILVA, I. et al. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 864-869, 2011.

SILVA, R. C.; CALVO, M. C. M. Adolescência e gestação precoce em Florianópolis, SC. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher**: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006. p. 97-118.

SOUSA, M. A. C. A. et al. Associação entre Peso de Nascimento e Fatores de Risco Cardiovascular em Adolescentes. **Arq Bras Cardiol.**, v. 101, n. 1, p. 9-17, 2013.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **FEMINA**, v. 38, n. 10, p. 505-516, 2010.

STEIN, R. E. K.; SIEGEL, M. J.; BAUMAN, L. J. Are children of moderately low birth weight at increased risk for poor health? A new look at an old question. **Pediatrics**, v. 118, n. 1, p. 217-223, 2006.

TAKAZONO. P. S.; GOLIN, M. O. Asfixia Perinatal: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 1, p. 108-117, 2013.

VELOSO, H. J. F. et al. Tendência secular da taxa de baixo peso ao nascer nas capitais brasileiras de 1996 a 2010. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 91-101, 2013.

WEN, S. W. et al. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. **Semin Fetal Neonatal Med**, v. 9, p. 429-435, 2004.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo, que resultaram na elaboração desta dissertação, evidenciaram que, ao analisar os dados epidemiológicos do processo de nascimento no município de Chapecó/SC, alguns indicadores, tais como escolaridade materna, número de consultas de pré-natal, peso ao nascer e idade gestacional ao nascimento, estão muito semelhantes àqueles encontrados na literatura nacional e até mesmo internacional. Também constatou-se que a taxa de realização de parto cesariana supera em muito a de parto vaginal (numa proporção próxima a 2:1), taxa esta superior à média nacional e extrapolando o índice aceitável preconizado pela Organização Mundial de Saúde (que somente 15% dos partos sejam realizados por meio de procedimento cirúrgico), podendo ser caracterizado como um problema de Saúde Pública.

Contudo, ao relacionar estes dados com os ambientes de vivência materno (urbano e rural), foram encontrados diferenças epidemiológicas significativas entre os meios. Identificou-se que o número de consultas de pré-natal é menor no estrato da população rural indígena (mesmo sem apresentar dificuldade geográfica de acesso à assistência à saúde, pois possuem unidade de Estratégia Saúde da Família no interior destas comunidades). Também nesta mesma população (rural indígena), observou-se uma literal inversão na taxa de realização de partos (em relação ao global municipal), chegando o parto vaginal quase a uma taxa 2:1 em relação ao parto cesariana. Constatou-se também que a taxa percentual da ocorrência de prematuridade foi maior na população rural indígena (taxa duas vezes maior em relação aos ambientes urbano e rural), embora o percentual de recém-nascidos de baixo peso tenha sido semelhante entre os ambientes estudados.

Além disto, considera-se importante a taxa de ocorrência da gravidez na adolescência neste município, com destaque para a população rural indígena. Especialmente ao observar esta ocorrência em idade precoce (10 a 14 anos), a taxa foi significativamente maior em relação ao meio urbano. Na população geral, também foi possível identificar que o percentual de nascimentos prematuros foi maior nesta faixa etária (10 a 14 anos) em relação às demais.

Embora os estudos relatem uma tendência crescente de gestação em mulheres na faixa etária de 35 e mais anos de idade, o percentual observado neste município foi baixo, sem diferença entre os ambientes.

Com todas estas informações, reconhece-se, na perspectiva de uma abordagem ecossistêmica, na qual há interação entre os diversos componentes do ambiente e o bem-estar da saúde humana, que o ambiente de vivência materno é uma variável importante para análise da realidade epidemiológica do processo de nascimento para a saúde materno-infantil, pois estas repercussões podem durar por toda a vida tanto desta mãe como de seu nascituro.

A partir disto, sugere-se não somente a realização de mais estudos de investigação sobre o impacto da variável ambiente no processo de nascimento, estudos de natureza analítica e até mesmo qualitativa sobre gestação na população rural indígena e gestação na adolescência, mas também a realização de ações que valorizem o ambiente de vivência materno durante o ciclo gravídico-puerperal. Deste modo, é importante também adequar o ensino escolar e de formação de novos profissionais da área da saúde para torná-los mais próximos das necessidades de saúde e da realidade na qual esta formação está inserida. Ações como o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação, funcionam como estratégias que visam promover a saúde sexual e prevenir e cuidar da gravidez na adolescência. Já no ensino profissionalizante (tanto técnico quanto universitário), há necessidade de adequações, que devem abordar o fator ambiente como uma variável epidemiológica importante na análise do processo de nascimento.

Por fim, este estudo vem ajudar a repensar a política local de assistência à gestante e seu recém-nascido, que deve reconhecer as diferenças sociais e culturais dos ambientes rural e urbano, pois estas podem interferir no processo saúde-doença da população. Estes resultados vem ajudar a nortear ideias e práticas a fim de ampliar o entendimento e a qualidade da assistência à mulher no período da gestação, parto e puerpério e a seu recém-nascido.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F.; JORGE, M. H. P. M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 217-24, 1998.

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Definition of term pregnancy. Committee Opinion nº 579. **Obstet Gynecol**, v. 122, p. 1139-1140, 2013.

ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2564-2572, 2008.

BACKES, M. T. S.; SOARES, M. C. F. Poluição ambiental, residência materna e baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 639-650, 2011.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **Lancet**, v. 365, p. 847-854, 2005.

BIAZZO, P. P. Campo e rural, cidade e urbano: distinções necessárias para uma perspectiva crítica em Geografia agrária. In: ENCONTRO NACIONAL DE GRUPOS DE PESQUISA, 4., 2008, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2008. p. 132-150.

BLENCOWE, H. et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. **Reproductive Health**, v. 10, (Suppl 1), p. S2, 2013.

BRASIL. Leis e Decretos. Registros Públicos – Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 31 dez. 1973.

_____. _____. Registros Públicos – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 13 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **PAISM – Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 302 p.

_____. _____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

_____. _____. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 26 p.

CAETANO, L. C.; NETTO, L.; MANDUCA, N. L. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 579-587, 2011.

CALLEN, P. W. **Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1256 p.

CARDIM, H. J. P. et al. Análise retrospectiva das gestações múltiplas no Hospital Universitário Regional de Maringá no período de janeiro de 2000 a julho de 2003. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 57-61, 2005.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012.

CARNIEL, E. F. et al. A “Declaração de Nascido Vivo” como orientadora de ações de saúde em nível local. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 3, n. 2, p. 165-174, 2003.

CARNIEL, E. F. et al. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 169-179, 2008.

CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008.

CLOHERTY, J. P. et al. **Manual of Neonatal Care**. 7. ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2012. 1024 p.

CRAVO, E. O.; OLIVEIRA, J. V. R. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju-Sergipe, Brasil. **Ideias & Inovação**, Aracaju, v. 1, n. 1, p. 9-17, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 98-104, 2007.

EQUADOR. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud. **Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado**. Quito: Editora do Ministerio de Salud, 2008. 64 p.

ESCOBAR, G. J.; CLARK, R. H.; GREENE, J. D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. **Semin Perinatol**, v. 30, p. 28-33, 2006.

GOMELLA, T. L.; CUNNINGHAM, M. D.; EYAL, F. G. **Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs**. 7. ed. USA: McGraw-Hill, 2013. 1136 p.

GOMES, I.; BINZSTOK, J. O Espaço Rural e Relações Rural/Urbanas:

algumas aproximações a partir de textos publicados no “*Journal of Rural Studies*”. In: SINGA – SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA AGRÁRIA, 4.; SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA AGRÁRIA, 5., 2009, Niterói. **A Questão (da Reforma) Agrária na América Latina: balanços e perspectivas**. Niterói: Instituto de Geociências/UFF, 29 out. a 2 nov. 2009.

GUIMARÃES, A. M. A. N. et al. Gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 11-19, 2013.

GUIMARÃES, C. S.; RIZZOTTO, M. L. F. Análise do perfil epidemiológico e uso de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos no Município de Cascavel-PR. In: MOSTRA DE TRABALHOS EM SAÚDE PÚBLICA, 2009, Cascavel. **Anais eletrônicos...** Cascavel, 2009. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/eventos/saudepublica/poster/analise_perfil_epidemiologico_uso_dados.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2014.

GUIMARÃES, E. B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M. I.; SILVA, E. V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 291-298.

KENT, S. T. et al. Area-level risk factors for adverse birth outcomes: trends in urban and rural settings. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, p. 129, 2013.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KLEIN, J. D. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, p. 281-286, 2005.

LAWN, J. E. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 10, (Suppl 1), p. S1, 2010.

LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999- 2001. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20,

(Suplemento 1), p. S20-S33, 2004.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. (Ed.). Nacer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, (suplemento 2014), p. S1-S231, 2014.

LEON, D. A. Fetal growth and adult disease. **Eur J Clin Nutr**, v. 52, suplemento 1, p. S72-S82, 1998.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, p. 176-85, 2004.

LIMA, M. C. B. M. et al. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nacer no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2443-2452, 2013.

MAAR, A. W.; PEDRON, A. V.; DEL PRÁ NETTO, F. **Santa Catarina: história, espaço geográfico e meio ambiente**. 2. ed. Florianópolis-SC: Insular, 2011. 288 p.

MAGGI, E. F. et al. Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 4, p. 377-383, 2014.

MAIA, R. R. P. **Fatores associados ao baixo peso ao nascer no município de Cruzeiro do Sul, Acre**. 2009. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 298 p.

MARTIN, R. J.; FANAROFF, A. A.; WALSH, M. C. **Neonatal-Perinatal Medicine: diseases of the fetus and infant**. 9. ed. St. Louis (USA): Elsevier Mosby, 2011. 2008 p.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 11, p. 354-360, 2011.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 676 p.

MINAGAWA, A. T. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 548-554, 2006.

MINAYO, M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 79-108.

MINUCI, E. G.; ALMEIDA, M. F. Diferenciais intra-urbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 256-266, 2009.

MIOR, L. C. **Agricultores familiares, agroindústrias e redes de desenvolvimento rural**. Chapecó: Argos, 2005. 338 p.

NHONCANSE, G. C.; MELO, D. G. Confiabilidade da Declaração de Nascido Vivo como fonte de informação sobre os defeitos congênitos no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 955-63, 2012.

NOBILE, C. G. A. et al. Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. **BMC public health.**, n. 7, p. 192-200, 2007.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro: Érica de Paula. Bretz Filmes Distribuidora e Produtora Ltda; Chauvet Filmes, 2013. 1 DVD (90 min), son., color.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Born Too Soon**. The Global Action Report on Preterm Birth. Genebra: WHO, 2012.

_____. **Necessidades de salud de los adolescentes**. Informe de um Comitê de Expertos de La OMS. Genebra: OMS, 1997. 55 p.

PAIVA, N. S. et al. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, (Supl. 1), p. 1211-1220, 2011.

- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. 596 p.
- PERETTO, M. et al. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 13, n. 4, p. 721-729, out./dez. 2011.
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.
- REIS, D. S. O Rural e Urbano no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu-MG: ABEP, 18 a 22 set. 2006.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. ver. e ampl. São Paulo: Atlas, 2008. 334 p.
- RODRIGUES, K. S. F.; ZAGONEL, I. P. S. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 534-542, 2010.
- ROJAS, P. F. B. et al. Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso-controle. **Arq. Catarin. Med.**, v. 42, n. 1, p. 68-75, jan./mar. 2013.
- ROSSATO, R. **Século XX**: urbanização e cidadania. Santa Maria: Pallotti, 1996.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736 p.
- ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 795-825.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SCHUPP, T. R. **Gravidez após os 40 anos de idade**: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos. São Paulo: USP, 2006.

SILVA, I. et al. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 864-869, 2011.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

SILVA, R. C.; CALVO, M. C. M. Adolescência e gestação precoce em Florianópolis, SC. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher**: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006. p. 97-118.

SOUSA, M. A. C. A. et al. Associação entre Peso de Nascimento e Fatores de Risco Cardiovascular em Adolescentes. **Arq Bras Cardiol.**, v. 101, n. 1, p. 9-17, 2013.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **FEMINA**, v. 38, n. 10, p. 505-516, 2010.

STEIN, R. E. K.; SIEGEL, M. J.; BAUMAN, L. J. Are children of moderately low birth weight at increased risk for poor health? A new look at an old question. **Pediatrics**, v. 118, n. 1, p. 217-223, 2006.

TAKAZONO, P. S.; GOLIN, M. O. Asfíxia Perinatal: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 1, p. 108-117, 2013.

TESTA, V. M. et al. **O desenvolvimento sustentável do Oeste catarinense**: proposta para discussão. Florianópolis: Epagri, 1996.

VELOSO, H. J. F. et al. Tendência secular da taxa de baixo peso ao nascer nas capitais brasileiras de 1996 a 2010. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 91-101, 2013.

VETTORE, M. V. et al. Condições de moradia como determinante social de baixo peso ao nascer e prematuro de baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1021-1031, 2010.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, v. 377, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

WEN, S. W. et al. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. **Semin Fetal Neonatal Med**, v. 9, p. 429-435, 2004.

WILKINSON, R. G. **The impact of inequality**: How to make sick societies healthier. New York: Routledge, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Local: CHAPECÓ / SC

Data: 02 / ABRIL / 2013

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer da Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Unochapecó, o representante legal da instituição **PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ/SC – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** envolvida no projeto de pesquisa intitulado **“O PROCESSO DE NASCIMENTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ZONA URBANA E RURAL”** declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos prepostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Rodrigo Aquino da Silva
Assinatura do Pesquisador Responsável

Giancarlo Moschetta
Diretor de Atenção à Saúde-SMS

Assinatura e Carimbo do responsável da Instituição

APÊNDICE B – Termo de Compromisso para Uso de Dados em Arquivos

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título da Pesquisa: “O PROCESSO DE NASCIMENTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ZONA URBANA E RURAL”

Instituição: PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ/SC – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

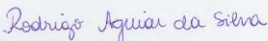
O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Ciência do responsável da instituição:


Giancarlo Moschetta
Diretor de Saúde e à Saúde-SMS


Assinatura do pesquisador responsável:



Chapecó (SC), 02 de ABRIL de 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Modelo da Declaração de Nascido Vivo (DNV)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo	
I	Identificação do recém-nascido	<input type="checkbox"/> Nome do Recém-nascido Data e hora do nascimento Data _____ Hora _____ <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> 1 Peso ao nascer _____ em gramas <input type="checkbox"/> 3 Índice de Apgar _____ 1º minuto _____ 5º minuto _____		<input type="checkbox"/> 5 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-la. <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
II	Local da ocorrência	<input type="checkbox"/> 1 Local da ocorrência <input type="checkbox"/> 3 Domicílio <input type="checkbox"/> 4 Estabelecimento _____ Código CNES <input type="checkbox"/> 2 Outros estabelecimento de saúde <input type="checkbox"/> 9 Outros	
	<input type="checkbox"/> 6 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência da Mãe (rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____ <input type="checkbox"/> 9 CEP _____ <input type="checkbox"/> 7 Bairro/Distrito _____ Código _____ <input type="checkbox"/> 8 Município de ocorrência _____ Código _____ <input type="checkbox"/> 9 UF _____		
III	Mãe	<input type="checkbox"/> 10 Nome da Mãe _____ <input type="checkbox"/> 11 Cartão SUS _____ <input type="checkbox"/> 12 Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> 13 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada/desempregada) _____ Código CBO 2002 _____ <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 5 Superior completo <input type="checkbox"/> 9	
	<input type="checkbox"/> 14 Data nascimento da Mãe _____ <input type="checkbox"/> 15 Idade (anos) _____ <input type="checkbox"/> 16 Naturalidade da Mãe _____ Município / UF (se estrangeiro informar País)		<input type="checkbox"/> 17 Situação conjugal <input type="checkbox"/> 18 Raça / Cor da Mãe _____ <input type="checkbox"/> 1 Solteira <input type="checkbox"/> 4 Separada judicialmente/divorçada <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 5 União estável <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 3 Viúva <input type="checkbox"/> 6 Ignorada <input type="checkbox"/> 3 Amarela
IV	Pai	<input type="checkbox"/> 19 Residência da Mãe <input type="checkbox"/> 20 Logradouro _____ Número _____ Complemento _____ <input type="checkbox"/> 21 CEP _____ <input type="checkbox"/> 22 Bairro/Distrito _____ Código _____ <input type="checkbox"/> 23 Município _____ Código _____ <input type="checkbox"/> 24 UF _____	
	<input type="checkbox"/> 25 Nome do Pai _____ <input type="checkbox"/> 26 Idade do Pai _____		
V	Gestação e parto	<input type="checkbox"/> 27 Gestações anteriores _____ <input type="checkbox"/> 28 Histórico gestacional _____ <input type="checkbox"/> 29 Nº gestações anteriores _____ <input type="checkbox"/> 30 Nº de partos vaginais _____ <input type="checkbox"/> 31 Nº de cesáreas _____ <input type="checkbox"/> 32 Nº de nascidos vivos _____ <input type="checkbox"/> 33 Nº de perdas fetais / abortos _____	
	<input type="checkbox"/> 34 Gestação atual <input type="checkbox"/> 35 Parto <input type="checkbox"/> 36 Data da Última Menstruação (DUM) _____ <input type="checkbox"/> 37 Número de consultas de pré-natal _____ <input type="checkbox"/> 38 Mês de gestação em que nasceu o pré-natal _____ <input type="checkbox"/> 39 Tipo de gravidez _____ <input type="checkbox"/> 40 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____ <input type="checkbox"/> 41 Única <input type="checkbox"/> 2 Dupla <input type="checkbox"/> 3 Tripla ou mais <input type="checkbox"/> 9 Ignorado Método utilizado para estimar _____ <input type="checkbox"/> 42 Exame Físico <input type="checkbox"/> 3 Outro método <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 43 Ignorado <input type="checkbox"/> 44 Ignorado		<input type="checkbox"/> 45 Apresentação <input type="checkbox"/> 46 O Trabalho de parto foi induzido? <input type="checkbox"/> 47 Tipo de parto <input type="checkbox"/> 48 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? <input type="checkbox"/> 49 Nascimento assistido por _____ <input type="checkbox"/> 1 Cefálica <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermeira/Ostêtra <input type="checkbox"/> 3 Parteira <input type="checkbox"/> 4 Outros <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 1 Vaginal <input type="checkbox"/> 2 Cesárea <input type="checkbox"/> 3 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
VI	Anomalia congênita	<input type="checkbox"/> 50 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênicos observados _____ _____ _____	
VII	Preenchimento	<input type="checkbox"/> 51 Data do preenchimento _____ <input type="checkbox"/> 52 Nome do responsável pelo preenchimento _____ <input type="checkbox"/> 53 Função _____ <input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3 Parteira <input type="checkbox"/> 4 Func. Cartório <input type="checkbox"/> 5 Outros (descrever) _____	
	<input type="checkbox"/> 54 Tipo documento _____ <input type="checkbox"/> 55 Nº do documento _____ <input type="checkbox"/> 56 Órgão emissor _____ <input type="checkbox"/> 1 CNES <input type="checkbox"/> 2 CRM <input type="checkbox"/> 3 COREN <input type="checkbox"/> 4 RG <input type="checkbox"/> 5 CPF		
VIII	Cartório	<input type="checkbox"/> 57 Cartório _____ Código _____ <input type="checkbox"/> 58 Registro _____ <input type="checkbox"/> 59 Data _____ <input type="checkbox"/> 60 Município _____ <input type="checkbox"/> 61 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.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP/UNOCHAPECÓ



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

PARECER CONSUBSTANCIADO

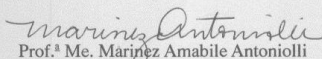
Pesquisador Responsável: Prof.ª Dr.ª Lucimare Ferraz
Demais Pesquisadores: Rodrigo Aguiar da Silva
Registro do CEP: 091/13
Situação: Aprovado

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó analisou em reunião ordinária do dia 26 de junho de 2013, o protocolo de pesquisa nº 091/13, referente ao projeto de pesquisa: *“O PROCESSO E NASCIMENTO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ZONA URBANA E RURAL”*.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **Aprovado**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96/CNS e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Chapecó, 26 de junho de 2013.


Prof.ª Me. Marínez Amabile Antonioli

COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
End: Av. Sen. Atilio Fontana, 591-E, Bairro Efapi – CEP: 89.809-000 – Caixa Postal: 747 Chapecó – SC.
E-mail: cep@unochapeco.edu.br
