

Boletim Epidemiológico de Itajubá

Agosto / 2017 - Edição Nº 1
«Nascidos Vivos»



Faculdade
Wenceslau Braz



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

FALA CIDADÃO 0800 035 1788

AESC – Faculdade Wenceslau Braz, Av. Cesário Alvim, 566, Centro, Itajubá/MG – Tel.: (35) 3622-0930

Uma produção dos acadêmicos da Faculdade Wenceslau Braz em parceria com a Epidemiologia Municipal

EDITORIAL

Segundo dicionário online de português, boletim significa: “comunicação escrita feita pelo médico que documenta o estado de saúde de alguém, as condições sanitárias de um lugar”.

O principal objetivo de um boletim é subsidiar o “planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como a promoção da saúde” (portaria MG/GM nº 1378 de 9/7/13).

Para a confecção deste boletim epidemiológico contou-se com participação dos acadêmicos de enfermagem da Faculdade Wenceslau Braz, pois o mesmo integra o conteúdo da disciplina de Epidemiologia, ministrada aos alunos do quarto período de enfermagem do ano de 2017. Esta oportunidade contribuirá para a formação acadêmica deles, assim como será uma oportunidade de aprimoramento profissional para os funcionários do serviço de saúde, visto que a intersectorialidade é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento técnico, científico e profissional.

O presente boletim versa sobre dados de pré-natal, parto e nascimento, obtidos por dados secundários, tendo como fonte primária o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil), referentes a Itajubá, Minas Gerais. Esses dados são fundamentais e de interesse na gestão municipal e principalmente na gestão da assistência, pois contribuirão para visão panorâmica desses assuntos e, se necessário poderão ser utilizados como estratégias de intervenção.

São objetivos deste boletim:

Divulgar dados sistematizados sobre parto e nascimento no município de Itajubá anos 2005 a 2015, como peso ao nascer, duração da gestação, grau de instrução da mãe, número de consultas pré-natal e tipo e parto.

Este boletim não pretende mostrar todas as informações possíveis, mas parte delas. As informações foram selecionadas com a intenção de ter uma discussão sobre o tema nos serviços envolvidos que são: atenção básica, ambulatórios de obstetrícia e hospitais.

Enf. Neale Machado

Editora

Dados epidemiológicos sobre parto e nascimento em Itajubá, Minas Gerais.

Segundo Albuquerque e Reis (1982, In: Simões (2002) apud IBGE, o registro civil, no Brasil, teve suas origens no período colonial, com a obrigatoriedade do casamento por escritura pública em 1784.

O Ministério da Saúde implantou, a partir de 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), tendo como base a Declaração de Nascido Vivo (DN), cujo objetivo principal é fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, fundamentais para o estabelecimento de indicadores de saúde específicos (BRASIL,2011)

Publicação do Portal Brasil de 2012 informa a Lei nº 12.662 que transformou a Declaração de Nascido Vivo (DN) em documento de identidade provisória, aceita em todo o território nacional. Utilizada anteriormente apenas como forma de registro do nascimento de crianças vivas, a DN agora tem valor oficial.

Nascimento vivo: “É a expulsão ou extração completa do corpo da Mãe de um produto de concepção que, independentemente da duração da gravidez, depois da separação, respire ou apresente qualquer 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. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva” (Brasil, 2011).

O processo de coleta e sistematização de dados de parto e nascimento se dá da seguinte forma: por ocasião do parto os hospitais emitem o DN (Declaração de Nascidos Vivos), que contém os dados da mãe e do recém-nascido. O documento que tem número de série individual emitido pelo Ministério da Saúde, é gerado em 3 vias, sendo a original recolhida pelo setor de epidemiologia, uma via é entregue para a família para fins de registro civil em cartório, e a outra arquivada com o prontuário do cliente.

O setor de epidemiologia é responsável pela captação e sistematização dos dados gerados nas instituições hospitalares que atendem o parto. O DN recolhido pelo setor de epidemiologia são registradas no sistema de informação – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). Com os dados é possível gerar inúmeras informações que fornecem um “diagnóstico” da situação de saúde de mães e crianças.

Apresentação dos resultados

As informações aqui apresentadas pelo presente Boletim são na modalidade de série histórica e por dados secundários, obtidos do DATASUS, conforme já mencionados anteriormente, e são: peso ao nascer, duração da gestação, consulta pré-natal, instrução da mãe e tipo de parto.

Os comentários elaborados foram a partir da fundamentação científica encontrada em revisão de literatura realizada, como se afirmou anteriormente, pelos acadêmicos de enfermagem na disciplina de Epidemiologia.

Peso ao nascer

O peso ao nascer é um importante marcador das condições intrauterinas em que a criança foi submetida durante o período gestacional, também é o fator de maior influência na saúde e sobrevivência da criança recém-nascida. (OMS, apud VIANA, 2013).

A Organização Mundial da Saúde define baixo peso ao nascer quando o peso ao nascimento for inferior a 2.500g, peso insuficiente quando maior ou igual a 2.500 e inferior a 3000, e peso satisfatório quando maior ou igual a 3.000g.

Segundo PEDRAZA (2013) o baixo peso é um fator que isoladamente tem maior importância na mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil, na morbidade durante a infância e no risco de várias doenças na idade adulta.

Estudos apontam como fatores relacionados ao baixo peso ao nascer fatores ligados à mãe como tabagismo, baixo nível educacional, idade materna mais jovem, estado marital, pequeno ganho de peso durante a gravidez, hipertensão arterial, infecção do trato geniturinário, paridade e menor número de consultas no pré-natal (Pedraza, 2013).

Como consequência, os recém-nascidos com BPN podem ter maior risco de infecções, maior taxa de hospitalização e maior propensão ao deficit neuro psicológico pós neonatal (MENDES, 2015)

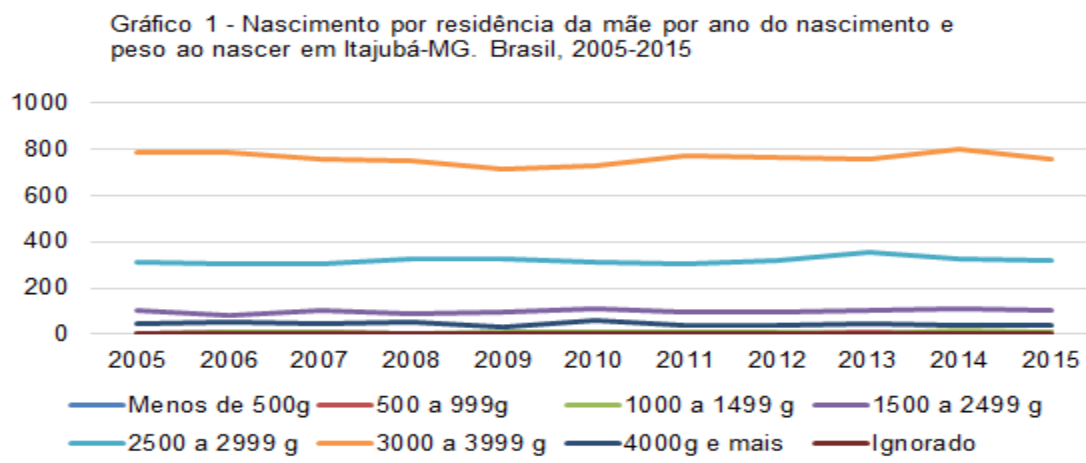
Conhecer a magnitude do baixo peso ao nascer e os fatores que estão associados a essa condição são fundamentais no planejamento de programas e políticas públicas de saúde e nutrição (VIANA, 2013).

As taxas de BPN variam em todo mundo, sendo maiores em países menos desenvolvidos. Na Índia (33,0%) e em Bangladesh (50,0%). Na América Latina e Caribe, a média é 9,0%. No Brasil, em 2001, a média de BPN foi de 7,9%, Em países desenvolvidos como Itália, França, Portugal, Suécia, Noruega, Irlanda e Espanha, o BPN varia entre 4,0 a 5,0% sendo que que as regiões Sudeste e Sul são as que possuem percentuais mais elevados (9,0 e 8,4%). Os dados nacionais de 2005 indicam uma prevalência de 8,1%, notando-se uma tendência estável quando comparados com o ano 2001 (apud PEDRAZA, 2014).

Tabela 1 - Nascimento por residência da mãe por ano do nascimento e peso ao nascer em Itajubá-MG. Brasil, 2005-2015

Ano do nascimento	Menos de 500g	500 a 999g	1000 a 1499 g	1500 a 2499 g	2500 a 2999 g	3000 a 3999 g	4000g e mais	Ignorado	Total
2005	1	4	5	103	312	784	46	1	1256
2006	-	7	11	83	307	783	54	-	1245
2007	-	9	9	101	304	759	48	-	1230
2008	1	6	6	91	326	753	52	-	1235
2009	1	6	9	95	328	712	35	-	1186
2010	-	10	10	114	314	729	59	-	1236
2011	1	7	10	98	303	774	42	-	1235
2012	1	3	12	95	321	763	37	-	1232
2013	1	10	6	103	355	757	47	-	1279
2014	-	6	15	113	324	798	37	-	1293
2015	1	10	7	103	321	755	38	-	1235
Total	7	78	100	1099	3515	8367	495	1	13662

Fonte: SINASC (2017)



Numa série histórica o tratamento dos dados exige análise mais criteriosa que uma simples média. Por isso optamos por focar o ano 2015 onde observamos que 61,13% dos nascidos vivos de Itajubá tem peso satisfatório entre 3000 a 3999g. A seguir temos 25,99% com peso considerado insuficiente entre 2.500 e 2999g. A proporção de crianças nascidas com baixo peso é de 9,79%. Nasceram com peso igual ou superior a 4000 g 3,08% das crianças.

Duração da Gestação

Segundo a Organização Mundial de Saúde a prematuridade é definida como sendo o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação (ALMEIDA *et al*, 2013), e pode ser classificada em prematuridade moderada (32 semanas a 36 semanas de idade gestacional), prematuridade acentuada (28 semanas a 31 semanas de idade gestacional) e prematuridade extrema (inferior a 28 semanas de idade gestacional)

De acordo com MADI *et al* (2102), os fatores de risco para a prematuridade são: gemelaridade, diabetes melito gestacional, síndrome hipertensiva, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, condições de moradia inadequadas, cuidados pré-natais inadequados, prematuridade prévia, baixa escolaridade, pobreza, baixa idade materna, primiparidade, baixo índice de massa corpórea materna e doença periodontal.

Para MADI *et al* (2012), apesar da maior sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) nos últimos anos, a prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes neonatais.

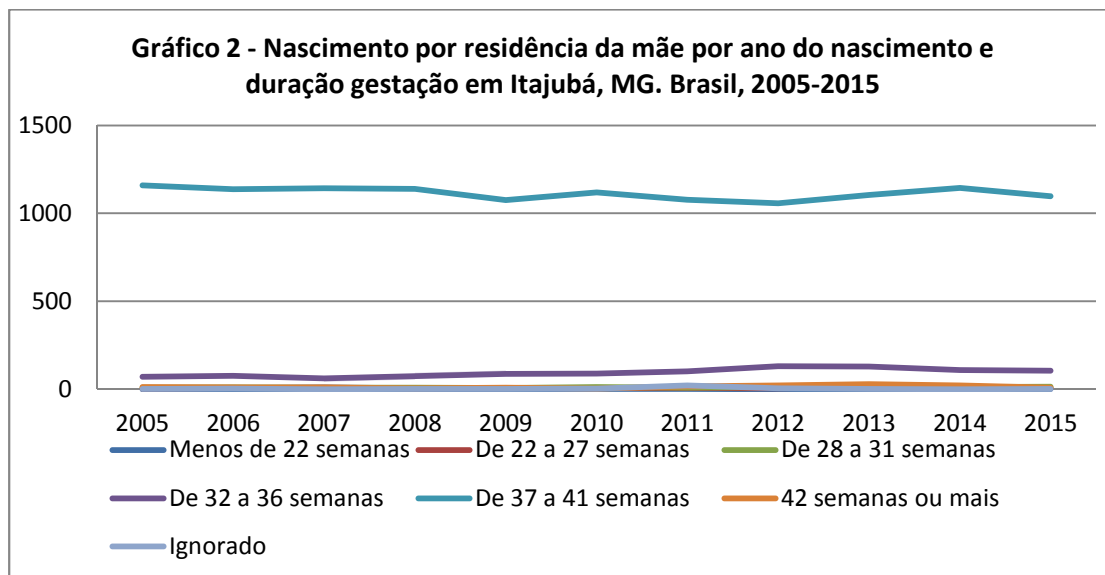
Estudo de 2011 revela uma taxa de 11,8 % das crianças nascidas no Brasil foram prematuras, que é uma taxa extremamente alta, se comparada com outros países similares, sendo a prematuridade atualmente a maior causa de mortes de crianças em nosso país. Os estados com maiores frequências foram MG, DF, SP, RJ e RS, justamente alguns dos estados mais desenvolvidos do país. O mesmo estudo aponta o tabagismo como fator ligado a prematuridade, sendo que 15% das brasileiras são fumantes (Apud UNICEF Brasil, 2013).

Segundo OMS em Nota Descritiva de Novembro de 2016, em países desenvolvidos a média de partos prematuros é de 9 %. O Brasil está entre os dez países com maior número de partos prematuros, que inclui Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, Republica Democrática do Congo, entretanto, em termos percentuais o indicador mais alto é Malawi (18,1%)

Tabela 2 - Nascimento por residência da mãe por ano do nascimento e duração gestação em Itajubá, MG. Brasil, 2005-2015

Ano do nascimento	Menor de 22 semanas	22 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 e mais semanas	Ignorado	Total
2005	-	4	8	71	1159	12	2	1256
2006	-	6	11	76	1138	11	3	1245
2007	-	10	8	62	1142	8	-	1230
2008	2	5	9	74	1139	5	1	1235
2009	-	6	7	87	1075	9	2	1186
2010	1	6	13	88	1120	4	4	1236
2011	1	7	9	102	1078	16	22	1235
2012	-	5	13	131	1057	21	5	1232
2013	-	11	6	128	1104	28	2	1279
2014	-	6	13	108	1144	22	-	1293
2015	1	7	14	105	1098	8	2	1235
Total	5	73	111	1032	12254	144	43	13662

Fonte: SINASC (2017)



Observa-se pela tabela 2 que a partir de 2011 o número de partos com idade gestacional entre 32 e 37 semanas se manteve mais alto que anos anteriores na série histórica. Tomando por referência o ano 2015, temos que 10,20% dos partos foram na idade gestacional considerada como prematuridade, excluindo o menor de 22 semanas.

Número de consultas pré-natal

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde todas as gestantes devem ser assistidas por no mínimo seis consultas pré-natais. É fundamental que haja consultas até a 40ª semana de gestação, uma vez que o risco perinatal e intercorrências clínico-obstétricas aumentam no 3º trimestre. Gestantes com 41 semanas que ainda não iniciaram o trabalho de parto devem ser encaminhadas para a maternidade (Brasil, 2012).

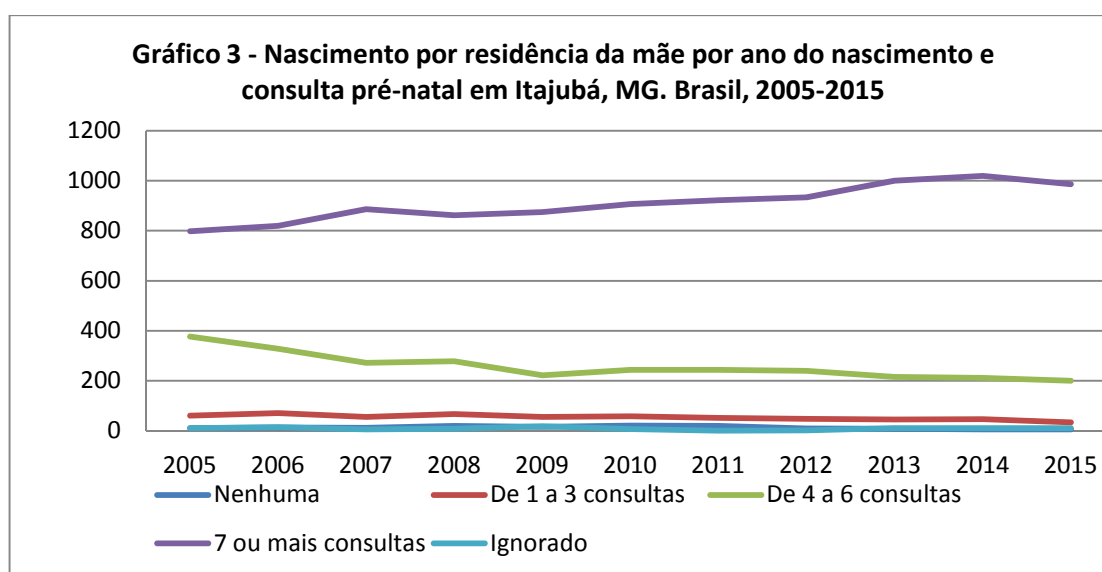
É necessário estabelecer um meio de controle que possibilite um rastreio ativo de gestantes faltosas, uma vez que o comparecimento das mesmas é de responsabilidade dos serviços do sistema de saúde (SÃO PAULO, 2010).

A qualidade da consulta é fundamental, por isso em cada consulta o profissional deve realizar uma anamnese correta que lhe permita observar, ter um tempo de conversa com a mulher, fazer o exame físico completo e por vezes realizar uma propedêutica complementar, visando identificar aparecimento de algum risco para a gestante e para o bebê (ARAUJO *et al*, 2010).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde publicada em 2009 indicou redução na proporção de mães que não realizaram o pré-natal (de 14,0% em 2000 para 2,7% em 2006). A proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal aumentou, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006.

Tabela 3 - Nascimento por residência da mãe por ano do nascimento e consulta pré-natal em Itajubá, MG. Brasil, 2005-2015

Ano do nascimento	Nenhuma	1 a 3 consultas	4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
2005	11	60	376	798	11	1256
2006	13	71	328	819	14	1245
2007	12	55	272	886	5	1230
2008	20	67	278	862	8	1235
2009	16	55	222	875	18	1186
2010	21	58	243	907	7	1236
2011	19	51	243	922	-	1235
2012	9	48	239	934	2	1232
2013	8	45	215	1000	11	1279
2014	5	46	212	1019	11	1293
2015	5	33	200	986	11	1235
Total	139	589	2828	10008	98	13662



Observa-se na Tabela 3 a elevação constante do número de gestantes com 7 e mais consultas pré-natal (79,83% em 2015), enquanto decresce o número de gestantes com 1 a 6 consultas (2,83% em 2015). Permanece quase que constante o número de casos “ignorados”. 0,4% das gestantes não tiveram consulta pré-natal.

Anos de estudo das gestantes

Entende-se que a baixa escolaridade significa menor acesso à informação, determinando também menores condições de acesso aos serviços de saúde (MEDEIROS *et al*, 2008).

As mães analfabetas apresentam mais risco de ter um óbito neonatal eu as mães com grau superior. Em média cada ano adicional que uma mãe dedica à sua formação escolar implica em queda na mortalidade infantil da ordem aproximada de 9 por mil nascidos vivos (MEDEIROS *et al*, 2008).

A baixa escolaridade pode desencadear diversos riscos devido ao “ desconhecimento das informações”. O primeiro risco é a não realização das consultas de pré-natal. A mãe, por não saber da importância dos cuidados durante a gestação acaba muitas vezes não realizando as consultas, o que é essencial para acompanhar o desenvolvimento do bebê e para instruir cuidados com a mãe durante a gestação (ANAZAWA, *et al*, 2016).

A variável escolaridade materna também mostrou ter relação com desmame precoce, isto é, quanto maior o tempo de escolaridade da mãe maior a duração do aleitamento materno (ALVES, RODRIGUES, OLIVEIRA, 2007).

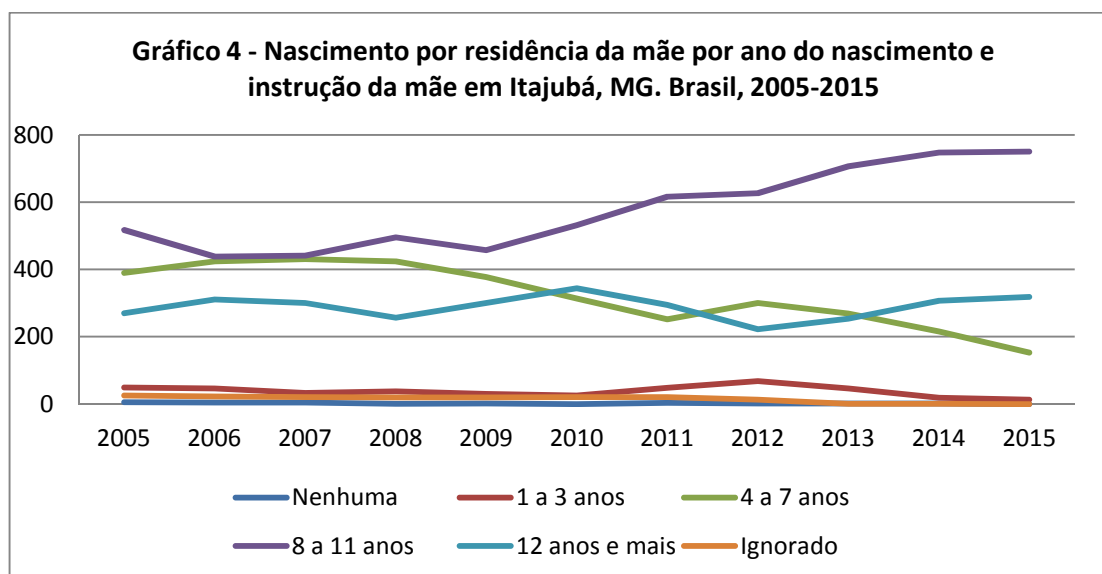
Os cuidados desenvolvidos para os recém-nascidos foram os responsáveis pela redução da mortalidade peri e neonatal. OLIVEIRA; RODRIGUES, 2008, SANTOS *et al*, 2014).

Todas as mães precisam de atenção para mais conhecimento e experiência de como lidar com o filho, principalmente aquelas sem muita instrução (SANTOS *et al*, 2014).

Tabela 4 - Nascimento por residência da mãe por ano do nascimento e instrução da mãe em Itajubá, MG. Brasil, 2005-2015

Ano do nascimento	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais	Ignorado	Total
2005	5	49	390	517	270	25	1256
2006	4	46	424	438	311	22	1245
2007	4	33	431	441	300	21	1230
2008	1	38	424	495	257	20	1235
2009	2	30	377	457	300	20	1186
2010	-	25	314	532	344	21	1236
2011	3	48	252	616	295	21	1235
2012	2	68	300	627	222	13	1232
2013	2	46	269	707	254	1	1279
2014	2	19	216	748	307	1	1293
2015	-	13	153	751	318	-	1235
Total	25	415	3550	6329	3178	165	13662

Fonte: SINASC (2017)



A tabela 4 mostra o aumento constante de gestantes na com 8 a 11 anos de estudo. Chama a atenção o decréscimo significativo do campo “ignorado”, justificado pela melhoria na qualidade do preenchimento da Declaração de Nascimento. Em 2015, 60,81% das gestantes tinham escolaridade de 8 a 11 anos, 25,75% de 12 e mais anos, 12,39% de 4 a 7 anos e 1,05% de 1 a 3 anos. Neste ano nenhum relato de mãe sem escolaridade.

Taxa de cesariana

Segundo relatado por LEISTER (2013), no início do século XX, o parto era quase exclusivamente normal e domiciliar; entre as décadas de 1930 e 1960, coexistiam os modelos de assistência ao parto no domicílio e no hospital, assistido por parteiras ou médicos. A partir da década de 1970 o parto passou a ser exclusivamente hospitalar, assistido por médicos, e por cesariana, em sua maioria.

A OMS preconiza que o objetivo da assistência ao nascimento é promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis. Suas recomendações para a assistência ao parto consistem na mudança de um paradigma, entre elas o resgate da valorização da fisiologia do parto (OMS apud VELHO *et al*, 2014).

Segundo citado por VELHO (2014) “...mulheres afirmam que é um engano a opção pela cesárea para livrar-se da dor”. Elas mencionaram muitas dificuldades na recuperação da cesárea, uma vez que a sensação dolorosa leva à dependência de outras pessoas na manutenção de suas atividades diárias, as necessidades de cuidado corporal, dificuldades para caminhar e manter a postura, ou cuidar e amamentar o seu bebê (VELHO *et al*, 2014).

O cuidado com a saúde do recém-nascido após todo processo de parto tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e diminuição das desigualdades em saúde (BRASIL, 2017).

O período neonatal é de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral

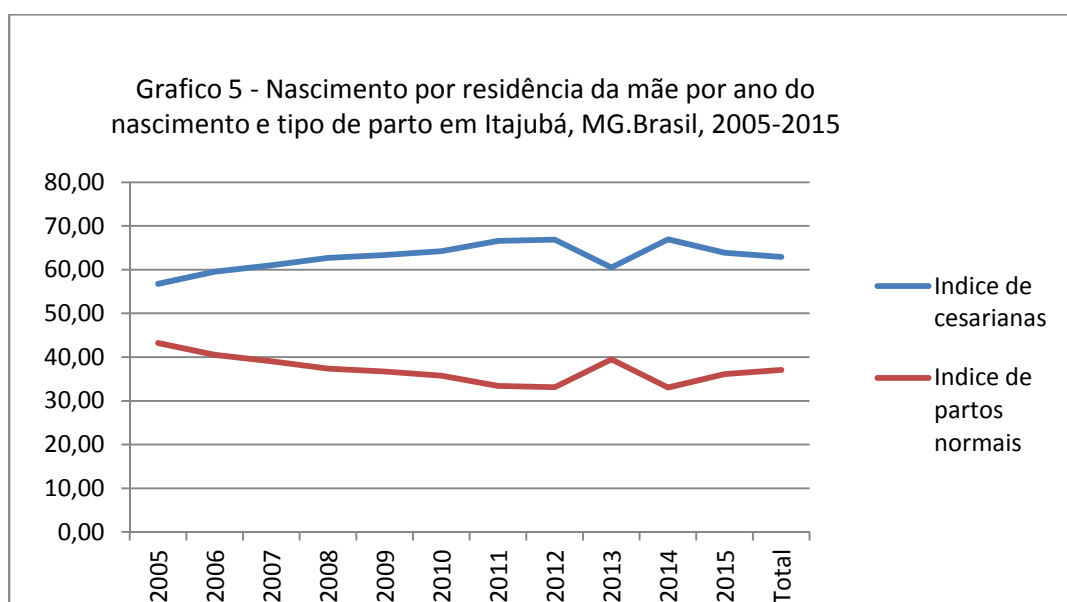
e qualificada de proteção social e da saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2017).

O Brasil apresenta provavelmente as mais altas taxas de cesarianas no mundo. Sua frequência aumentou de 38% de todos os partos em 2000 para 54% em 2011. As mais altas taxas são observadas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, e as mais baixas nas regiões Norte e Nordeste. Apesar de situado na região Norte, Rondônia apresenta as maiores taxas (64%) entre todas as unidades da federação, seguida de Goiás (61%). A Organização Mundial da Saúde recomenda taxas não superiores a 15%, e o excesso de cesarianas aumenta a mortalidade de mães e de crianças (UNICEF BRASIL, 2013).

Tabela 5 - Nascimento por residência da mãe por ano do nascimento e tipo de parto em Itajubá, MG. Brasil, 2005-2015

Ano do nascimento	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total
2005	543	713	-	1256
2006	504	741	-	1245
2007	480	750	-	1230
2008	460	774	1	1235
2009	435	751	-	1186
2010	442	794	-	1236
2011	413	822	-	1235
2012	408	824	-	1232
2013	505	774	-	1279
2014	427	866	-	1293
2015	446	789	-	1235
Total	5063	8598	1	13662

Fonte: SINASC (2017)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ALMEIDA, T.S.O *et al.* **Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade:** uma revisão sistemática. Rev. Brasileira de Ciências da Saúde, Paraíba, v.17. n. 3, p.301-308, 2013.
- ALVES, A.M.L; SILVA, E.H.A. da; OLIVEIRA, A.C. de. **Desmame precoce em prematuros participantes do método mãe canguru.** Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. V.12, n. 1, p 8-23, 2007. Disponível em <https://ri.ufs.br/bitstream/123456789/899/1/DesmamePrecoce.pdf>. Acesso em 21 Ago. 2017.
- ANAZAWA, L. et al. **A loteria da vida:** examinando a relação entre a educação da mãe e a escolaridade do jovem com dados longitudinais do Brasil, n. 26, p. 03-07. Nov. 2016. Disponível em <https://insper.edu.br/wp-content/uploads/2017/relação-educação-mae-escolaridade-jovem-longitudinais-brasil-atualizado.pdf>. Acesso em 19 Ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-nascido.** Guia para os Profissionais de Saúde. Vol.1. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 17 Ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cd04_13.pdf. Acesso em 19 de Ago. 2017.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Definições.** 2017. Disponível em <http://daatasus.gov.br/cid10v2008/WebHelp/definições.htm>. Acesso em 16 Ago. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Minas Gerais:** Itajubá. 2016. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras.php?lang+&codmun+313240&serach+minas-gerais/itajuba>. Acesso em 16 Ago. 2017.
- LATORRE, M. do R.D. de O. CARDOSO, M.R.A. **Análise de séries temporais em epidemiologia:** uma introdução sobre os aspectos metodológicos. Rev. Bras. Epidemiol. (online). V.4, n. 3, p. 145-152, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/sciele/php?script+sci_arttex&pid+S1415-790X2001000300002. Acesso em 16 Ago. 2017.
- LEISTER, N. RIESCO, G.L.M. **Assistência ao parto:** historia oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. Texto Contexto de Enfermagem. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 74-166, Jan-Mar. 2013. Disponível em <http://scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt20.pdf>. Acesso em 17 Ago. 2017.
- MADI, J.M. *et al.* **Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino.** Rev. AMRIGS, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p.111-118, Abr.-Jun. 2012.

MENDES, C.Q. de S. *et al.* **Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil.** Rev. Bras. Enferm. v. 68. n. 6. 2015.

MEDEIROS, Larissa *et al.* **Mortalidade infantil segundo a escolaridade da mãe em Santa Maria, RS, entre os anos de 2000 a 2008.** Santa Maria. Dez. 2008. Disponível em <http://www.unifra.br/eventos/enfermagem2011/trabalhos/318.pdf>. Acesso em 18 Ago. 2017.

OLIVEIRA, I. C. dos S. RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 14, p. 498-505, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a05v14n4>. Acesso em 18 Ago. 2017.

OMS. Nota Descritiva. **Nascimentos prematuros.** Nov. 2016.

PEDRAZA, D. F. **Baixo peso ao nascer no Brasil:** revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos. Revista de Atenção à Saúde. v. 12, n. 41, Jul-Set. 2014. P.37-50. Portal periódicos. Acesso em 28 Ago. 2017.

PREFEITURA ITAJUBÁ (cidade). **Prefeitura Municipal.** Itajubá, 2017. Disponível em <http://www.itajuba.mg.gov.br/sect/cidade.php>. Acesso em 16 Ago. 2017.

ROSA, C. Q. da; SILVEIRA, D. S. da; COSTA, J. S. D. da. **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte.** Rev. Saúde Pública 2014; 48 (6): 977-984.

SANTOS, A.P. dos *et al.* **Cuidados maternos com recém-nascidos no âmbito domiciliar:** revisão de literatura. Pernambuco, p. 1-12, 2014. Disponível em http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscrições/arquivos_trabalhos/166944.E13.T12827.D9AP.pdf. Acesso em 18 de Ago. 2017.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). **Informações de Saúde:** Nascidos Vivos – Minas Gerais. Ministério da Saúde: DATASUS, 2017. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftoohtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>. Acesso em 8 de Ago. 2017.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A. dos; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram; Rev. Bras. Enferm. vol. 67 n. 2. Brasília, Mar-Apr. 2014.

VICTORA, Cesar (Consultor) *et al.* **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas.** UNICEF Brasil. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS. Julho de 2013.

<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/06/declaracao-de-nascido-vivo-passa-a-valer-como-identidade-provisoria>. Acesso em 25 Ago. 2017.

<http://ces.ibge.gov.br/apresentacao/portarias/200-comite-de-estatisticas-sociais/base-de-dados/1148-estatisticas-do-registro-civil.html>. Acesso em 25 Ago. 2017.

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es. Acesso em 28 Ago. 2017.

<https://www.dicio.com.br/boletim/>. Acesso em 29 Ago. 2017.