



**FACULDADE METROPOLITANA DA GRANDE FORTALEZA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL**

**JULIANA CAMPOS DA SILVA**

**TRILOGIA EPIDEMIOLÓGICA DO NASCER EM MARACANAÚ-CE:  
CONTANDO PARA CUIDAR**

**FORTALEZA**

**2017**

**JULIANA CAMPOS DA SILVA**

**TRILOGIA EPIDEMIOLÓGICA DO NASCER EM MARACANAÚ-CE:  
CONTANDO PARA CUIDAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Pós-Graduação do curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Especialista em Pediatria Neonatal

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristiana Ferreira da Silva

FORTALEZA

2017

**JULIANA CAMPOS DA SILVA**

**TRILOGIA EPIDEMIOLÓGICA DO NASCER EM MARACANAÚ-CE:  
CONTANDO PARA CUIDAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Pós-Graduação do curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Especialista em Pediatria Neonatal

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cristiana Ferreira da Silva (Orientadora)  
Docente da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva (1º Examinador)  
Docente da Universidade Estadual do Ceará

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Regina Cláudia Melo Dodt (2º Examinador)  
Docente da Universidade Federal do Ceará

*“Para isso existem as escolas: não para ensinar as respostas, mas para ensinar as perguntas.*

*As respostas nos permitem andar sobre a terra firme.*

*Mas somente as perguntas nos permitem entrar pelo mar desconhecido”.*

*(Rubem Alves)*

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente a Deus, mestre supremo do universo, pelo dom da vida e por tudo que nos fora concedido, principalmente pela capacidade de amar, lutando e superando obstáculos.

A Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO e seu corpo docente, que pacientemente viabiliza sistematicamente a possibilidade de aprendizagem e conhecimento que desfrutamos.

A querida professora e orientadora Dra. Cristiana Ferreira da Silva, pela compreensão, paciência, incentivos e empenho à elaboração deste estudo de pesquisa.

A todos os professores do curso pelo conhecimento proporcionado neste processo de formação profissional.

A minha família, meus ombros consoladores, principalmente a minha querida mãe Marília, que de forma ímpar, amor incondicional, somatizam e incentivam o meu desenvolvimento humano, dedico a vocês a minha imensa gratidão.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional, o meu muito obrigada.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>06</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>07</b>
Geral.....	07
Específico.....	07
<b>3 ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>08</b>
INTRODUÇÃO .....	10
METODOLOGIA.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	22
CONCLUSÕES.....	30
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>35</b>

## 1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O nascimento constitui um evento crucial que vem sendo registrado sistematicamente ao longo da história brasileira. O SINASC é uma ferramenta que fornece informações de supremo interesse epidemiológico, possibilitando a contabilização dos nascimentos em todo território nacional, bem como, a caracterização dos dados, planejamento, a avaliação de ações de saúde materno-infantil e estimação de indicadores sobre fatores associados aos nascimentos vivos.

A manutenção do sistema alimentado é de responsabilidade dos serviços de saúde, hospitais e maternidades, sendo realizada impreterivelmente, através das declarações de Nascido Vivo (DNV).

As condições de nascimento, bem como a sobrevivência dos recém-nascidos, estão influenciadas por diversidades de fatores que variam desde as condições socioeconômicas à qualidade de atenção ao parto e pós-parto. Sob essa perspectiva, formula-se a indagação: qual o perfil, sob perspectiva temporal, dos nascimentos vivos segundo variáveis contidas no SINASC no município de Maracanaú?

Justifica-se esse estudo por ser Maracanaú/CE o maior centro Industrial do Estado e por estar apenas 24km da capital do Ceará. Principalmente, tendo em vista que a maternidade de Maracanaú segue as políticas de públicas de humanização do parto e nascimento, tornando-se polo de referência em 2012 na assistência materno infantil.

Isto posto, o conhecimento sobre os determinantes que regem o perfil dos nascimentos vivos, são essenciais para caracterização epidemiologia e por sua vez, para tomadas de decisões.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

Analisar as características dos nascimentos vivos com ênfase na gestação, pré-natal, ao parto, no período de 2009 a 2016.

### **Específicos**

- Determinar as taxas de crescimento de nascimentos vivos no período de 2009 a 2016;
- Identificar as características sócio demográficas maternas dos nascidos vivos hospitalares;
- Descrever as características dos nascimentos vivos relativas à gestação, pré-natal e ao parto.

## ARTIGO CIENTÍFICO

TRILOGIA EPIDEMIOLÓGICA DO NASCER EM MARACANAÚ-CE:  
CONTANDO PARA CUIDARJuliana Campos da Silva<sup>1</sup>  
Cristiana Ferreira da Silva<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Gestação e nascimento constituem eventos cruciais que vem sendo registrados sistematicamente ao longo da história brasileira. As condições de nascimento e sobrevivência dos recém-nascidos, estão influenciadas por fatores que permeiam desde as condições socioeconômicas à qualidade de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto. Assim, a assistência conforme os dados epidemiológicos, possibilitam ações de políticas públicas visando o melhor atendimento para controlar possíveis condicionantes que predisõem risco à saúde materno-infantil, sendo o SISNAC a ferramenta que viabiliza a caracterização dos nascimentos em todo território nacional. **Objetivo:** Analisar as características dos nascimentos vivos com ênfase na gestação, pré-natal e parto, no período de 2009 a 2016. **Metodologia:** Delineou-se uma pesquisa documental, de natureza descritiva, sob uma perspectiva de série temporal e de abordagem quantitativa, realizada com base nas informações sobre nascimentos vivos oriundo do “Relatório Técnico, competência: 2016”, do Hospital Municipal de Maracanaú, Dr. João Elisio de Holanda (HMJEH) – Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa. As informações foram analisadas conforme especificação das 21.533 DNV de usuárias do referido estabelecimento de saúde entre 31/jan/2009 a 27/dez/2016. **Resultados e Discussão:** Observou-se completude satisfatória dos registros totalizada em 96,3%. Elevação nas taxas de consultas de pré-natal para  $\geq$  de 7 consultas em 30%. A redução da taxa de baixo peso ao nascer, pode estar relacionada diretamente na melhoria na cobertura do pré-natal. O APGAR no 1º minuto apresentou redução, ainda que variante, e o APGAR após 5º minuto apesar de indicar um padrão eficaz de reanimação e estabilização neonatal, teve sua taxa de crescimento aumentada no decorrer dos anos. Embora o programa da Rede Cegonha tenha contribuído para a diminuir a incidência de cesarianas, a prevalência de taxas acima de 15% continua aquém do preconizado pela OMS. Houve aumento na taxa de prematuridade, podendo estar associada tanto ao elevado percentual de gravidez na adolescência, quanto a incidência de gestações em idade tardia. A situação conjugal “outros” configurou-se a classe de maior representatividade, contrapondo-se a redução significativa de nascimentos por mães solteiras. Observou-se elevada taxa de nascimentos de parturientes oriundos de outros municípios. Aumento relevante de partos realizados pelo profissional Enfermeiro. **Conclusões:** Os dados do “Relatório Técnico” viabilizaram um claro perfil dos nascimentos de Maracanaú, evidenciando ser um centro de referência em saúde materna-infantil. Pode estar havendo relação entre idade avançada e maior escolaridade com prevalência de nascimentos por cesarianas. A clientela do estudo possui características singulares, reforçando-se a necessidade de intensificação do planejamento de ações estratégicas voltadas à de saúde materno-infantil. A qualidade da atenção e as ações de saúde pública frete ao cuidado envolvem um conjunto de fatores que estão vinculadas aos dados epidemiológicos.

**Palavras chave:** Nascidos vivos; Sistemas de informação; Saúde infantil; Saúde da mulher.

<sup>1</sup> Pedagoga pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - Fametro.

<sup>2</sup> Prof<sup>a</sup>. Dra. em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Fametro. Gerente do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Municipal de Maracanaú.

## EPIDEMIOLOGICAL TRILOGY OF BIRTH IN MARACANAÚ-CE: COUNTING TO TAKE CARE

Juliana Campos da Silva<sup>1</sup>  
Cristiana Ferreira da Silva<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** Gestation and birth are crucial events that have been systematically recorded throughout Brazilian history. The conditions of birth and survival of newborn children are influenced by factors that range from socioeconomic conditions to quality of attention to prenatal care, childbirth and postpartum. Thus, the assistance according to epidemiological data enables public policy actions aimed at the best care to control possible conditions that predispose risk to maternal and child health, and SISNAC is the tool that enables the characterization of births throughout the national territory. **Objective:** To analyze the characteristics of live births with emphasis on gestation, prenatal care, and childbirth, from 2009 to 2016. **Methodology:** A descriptive documentary study was drawn up from a time series perspective and a quantitative approach, based on information about live births from the "Technical Report, competence: 2016", from the Hospital Municipal de Maracanaú, Dr. João Elisio de Holanda (HMJEH) – Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa. The information was analyzed according to the specification of 21,533 DNV of users of the said health care facility between January 31, 2009, to December 27, 2016. **Results and Discussion:** It was observed satisfactory completeness of records totaled 96.3%. Elevation in prenatal consultation rates to  $\geq 7$  consultations by 30%. The reduction of the low birthweight rate may be directly related to the improvement in prenatal coverage. APGAR in the first minute presented a reduction, even though variant, and APGAR after the fifth minute despite indicating an effective neonatal resuscitation and stabilization pattern, had its growth rate increased over the years. Although Rede Cegonha program has contributed to a decrease in the incidence of C-sections, the prevalence of rates above 15% remains below that recommended by the WHO. There was an increase in the rate of prematurity, which may be associated with both the high percentage of pregnancy in adolescence and the incidence of late-gestation pregnancies. The marital situation "others" was the most representative class, as opposed to the significant reduction of births by single mothers. It was observed a high rate of birth of parturient from other municipalities. Relevant increase of births performed by the nurse practitioner. **Conclusions:** The data from the "Technical Report" enabled a clear profile of births in Maracanaú, showing that it is a reference center for maternal and child health. There may be a relationship between advanced age and higher education level with a prevalence of cesarean births. The clientele of the study has unique characteristics, reinforcing the need to intensify the planning of strategic actions aimed at maternal and child health. The quality of care and public health actions regarding caregiving involve a set of factors that are linked to epidemiological data.

**Keywords:** Live births; Information systems; Children's health; Women's health.

## INTRODUÇÃO

A gravidez é caracterizada por um momento de transição que ocasiona significativas mudanças fisiológicas e psicológicas, marcada por alterações corporais e expectativas da mulher frente a nova realidade de vida.

Segundo Taguchi e Pio (2014) as transformações orgânicas e psíquico-emocionais vivenciadas pelas gestantes quando não são bem conduzidas podem levá-las a complicações patológicas, prematuridade e situações extremas como abortamento. Por conseguinte, fatores como idade, situação socioeconômica e sociocultural contribuem de forma singular para uma boa condução da gestação.

O nascimento constitui um evento crucial que vem sendo registrado sistematicamente ao longo da história brasileira, sendo inicialmente divulgados com bases nos dados coletados dos registros civil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Posteriormente, objetivando alcançar maiores informações baseadas na saúde materna, parto, pós-parto, e saúde dos recém-nascidos visando minimizar riscos e maximizar as ações de saúde pública, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SISNAC em 1990 (PEREIRA *et al.*, 2013).

O SISNAC é uma ferramenta de supremo interesse epidemiológico, que viabiliza a contabilização dos nascimentos em todo território nacional, bem como, a caracterização dos dados, planejamento, avaliação de ações de saúde materno-infantil e estimação de indicadores sobre fatores associados aos nascimentos vivos (PEDRAZA, 2012).

A manutenção do sistema alimentado é de responsabilidade dos serviços de saúde, hospitais e maternidades, sendo realizada impreterivelmente, através das Declarações de Nascido Vivo - DNV. Contudo, quando os partos são ocorridos em domicílios, cabem aos Cartórios de Registros Civil tal responsabilidade (PEDRAZA, 2012).

Em 2016, a estimativa populacional brasileira segundo o IBGE foi aproximadamente de 206 milhões de habitantes, um crescimento de 0.9 % frente ao ano anterior. No mesmo período, o Nordeste compreendia a segunda região brasileira com mais registros de nascimentos vivos, segundo residência materna com 27,81%, ficando apenas atrás da região Sudeste com 39,80%. O Ceará estava entre os dez estados brasileiros com maiores índices registrados, sendo no Nordeste, o terceiro com 15,99%, ao comparar os dados da mesma região.

Conforme o DATASUS (2017), em 2015, a quantidade de nascidos vivos no Brasil, foi de aproximadamente 3 milhões. Deste total, 17, 58% eram filhos de pessoas com menos de 19 anos, 69,05% compreendia entre 20 a 34 anos e 12% mulheres possuíam mais de 35 anos.

Classificada pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2014) como uma fase compreendida entre os 10 aos 19 anos, a adolescência representa um período de transição entre a infância e a vida adulta na qual resulta em descobertas, incertezas que leva muitas vezes a conflitos internos e externos. Assim, a gravidez nessa faixa etária pode acarretar conflitos psicoemocionais sérios nos quais repercutem diretamente na saúde materno infantil.

Denominada como gravidez tardia aquela que ocorre após os 34 anos, é conduzida com um fator de risco para morbimortalidade materna e neonatal, haja visto que esse é diretamente proporcional a idade. A deficiência de ações de saúde adequada, observada, principalmente em países em desenvolvimento, também, contribui para uma condução deficiente nas gestações tardias (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

O Brasil tem se empenhado na criação de políticas públicas que visam à humanização e à qualidade da atenção obstétrica e da criança, tendo como principais alicerces o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN, criado em 2000, e a Rede Cegonha em 2011.

Com a instituição do PHPN, foi estabelecido um modelo de normatização que viabilizou a assistência as gestantes, ausentes até então no Brasil, elencando desde o número de consultas à exames laboratoriais e ações de educação em saúde (NUNES *et al.*, 2016). Já a Rede Cegonha, conforme Fujita e Shimo (2014), objetivou reforçar as propostas do PHPN, visando assim, garantir a atenção humanizada em todo ciclo reprodutivo-gravídico e puerperal, bem como otimizar a qualidade de ações frente ao crescimento e desenvolvimento seguro das crianças.

O cuidado no pré-natal busca principalmente o atendimento humanizado e qualificado, objetivando sobretudo a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil. Compõe as atividades de atenção primária a saúde, possuindo ações de eficácia reconhecida e exigindo recursos de baixa complexidade. Desta forma, quando bem conduzido, traduz-se em proteção para saúde materna. Uma vez que está elencado nos princípios básicos do SUS, pode contornar problemas obstétricos, prevenindo danos e assegurando partos e nascimentos saudáveis (LEAL *et al.*, 2015).

A escolha do tipo de parto pode ser vivenciada de diferentes formas e varia conforme contexto social cultural da mulher. Porém, a proporção de partos cirúrgicos é um indicador internacionalmente adotado como qualificador da atenção ao parto (RATTNET; MOURA, 2016). Logo, OMS refere ser injustificável taxas de cesarianas superiores a 15%, haja vista a alta associação entre cesarianas eletivas com a morbimortalidade materna.

O conhecimento sobre os fatores socioeconômicos e culturais é de suprema relevância para a condução do atendimento durante todo o período gestacional (ALVES *et al.*,

2013). Assim, a assistência conforme os dados epidemiológicos da gestação, é um qualificador da atenção quando levado em consideração a realidade dessas mulheres.

As condições de nascimento, bem como a sobrevivência dos recém-nascidos, estão influenciadas por diversidades de fatores que permeiam desde as condições socioeconômicas à qualidade de atenção ao parto e pós-parto. Sob essa perspectiva, formulou-se a indagação: Qual o perfil, sob perspectiva temporal, dos nascimentos vivos em Maracanaú, Ceará, segundo variáveis contidas no SINASC?

Isto posto, objetivou-se analisar as características dos nascimentos vivos com ênfase na gestação, pré-natal, ao parto, no período de 2009 a 2016, visando determinar as características e taxas de crescimento de nascimentos vivos, bem como identificar as características sócio demográficas maternas. Assim, o conhecimento sobre os determinantes que regem o perfil dos nascimentos vivos, são essenciais para caracterização epidemiologia e por sua vez, para tomadas de decisões.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa documental, de natureza descritiva, sob uma perspectiva de série temporal com abordagem quantitativa, realizada com base nas informações sobre nascimentos vivos oriundo do “Relatório Técnico, competência: 2016”, elaborado pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do Hospital Municipal de Maracanaú, Dr. João Elisio de Holanda (HMJEH) – Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa, contendo dados de 2009 a 2016.

As informações foram analisadas conforme especificação das 21.533 DNV de usuárias do referido estabelecimento de saúde, registrada no SINASC entre 31 de janeiro de 2009 a 27 de dezembro de 2016.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos. Foram calculados valores percentuais para cada variável selecionada, sendo reunidos em três grupos de variáveis: as relacionadas ao recém-nascido, as relacionadas às características maternas e as relacionadas ao tipo de parto.

Foram consideradas de interesse para esse estudo as seguintes variáveis: faixa de peso ao nascer (<2500g e >= 2500g); escore de Apgar no 1º e 5º minuto de vida; sexo do recém-nascido (masculino ou feminino); nascidos vivos segundo tipo de parto; tipo de gravidez (única e múltipla); idade gestacional em semanas; idade materna; número de consultas de pré-natal; escolaridade e estado civil materno; nascimentos segundo município de residência materno e distribuição segundo assistência ao parto.

Para embasamento dos referenciais da Bioética, preconizou-se a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para subsidiar esse estudo foi obtido o consentimento da Direção Geral do HMJEH - Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa através da Autorização de Fiel Depositário e Termo de Anuência.

## RESULTADOS

Em 2007, foi implantado no HMJEH, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE, objetivando reunir informações epidemiológicas relevantes sobre a situação de saúde da população, viabilizando o perfil clínico-epidemiológico dos usuários do referido estabelecimento de saúde.

Conforme os dados mais atualizados do SINASC, utilizando o critério data de nascimento, foi constatado que até 27 de dezembro de 2016 havia sido contabilizado informações sobre 21.533 declarações de nascidos vivos, referente aos nascimentos hospitalares e domiciliares (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos nascimentos vivos segundo o ano e média mensal de nascidos vivos

Ano de nascimento	N.º nascidos vivos	Média/mês	%
2009	1.128	94	-
2010	1.339	111	18,7%
2011	1.774	147	32,4%
2012	2.409	200	<b>35,7%</b>
2013	3.004	250	24,6%
2014	3.628	302	20,7%
2015	4.094	341	12,8%
2016*	<b>4.157</b>	<b>346</b>	<b>1,5%</b>
Total	<b>21.533</b>	-	-

Fonte: RELATÓRIO TÉCNICO: COMPETÊNCIA 2016.

Um ano após a implantação SINASC em 2009, o NHE registrou 18,7% do número de DNV oriundas do setor de Obstetrícia do HMEJ. Com a implantação do Hospital da Mulher e da Criança em 2012, observou-se um aumento de 35,7% de DNV quando comparado ao ano de 2011, com 32,4%. Em números absolutos representou 635 nascimentos a mais, o que pode estar associado a melhoria do acesso ao serviço obstétrico ofertado pelo Município de Maracanaú.

Em 2015, observou-se aumento de 12,8% em relação ao número de DNV de 2014, em que a taxa de crescimento foi de 20,7%. Em 2016, foram registradas um valor absoluto de 4.157 nascimentos vivos, representando apenas 63 DNV do quantitativo referente ao ano anterior, ou seja, 1,5%. É possível quantificar um aumento acumulado de 268,5% ao comparar 2009 e 2016, sendo a taxa média de 20,9%.

A Tabela 01, reúne informações relativas às variáveis dos nascimentos vivos como: peso ao nascer, escore de Apgar e sexo do recém-nascido. Observou-se um percentual de 7,6% em 2009 de recém-nascido com baixo peso, com redução em 2010 para 6,1%. Em 2011 a taxa que era de 6,3% teve leve acréscimo em 2012 chegando à 7,0%, porém reduzindo para 6,2% em 2013. A partir de 2014 houve declínio do percentual de baixo peso, passando de 7% para 5,7% em 2016. A diferença das taxas de crescimento total entre RN com baixo peso e peso  $\geq 2500\text{g}$  foi apenas 4,9%.

Houve singela variação de taxas na escala de Apgar no primeiro minuto entre 2009 e 2016, com oscilações de valores mínimos de 1,5% em 2016 a valores máximos de 2,2% em 2012, com média de 1,7% nos oito anos para os parâmetros de graus acentuado de asfixia. Um comparativo entre Apgar do primeiro minuto e Apgar no quinto minuto relativos à parâmetros de graus acentuado a moderado de asfixia, observou-se uma redução significativa e variante com 15% em 2009 passando para 1,8%; de 12% para 2,6% em 2012 e 10,5% para 1,4% em 2016%. Porém a taxa de crescimento era de 14,8%, no 1º minuto e aumentou para 16,4% no 5ª minuto.

Há um predomínio de nascimentos do sexo masculino, com variação pouco significativa entre os dois sexos. Em 2009 esta variação foi de 2% já em 2016 foi de 3,3% entre os dois sexos. Sendo a taxa de crescimento dos nascimentos do sexo masculinos de 19,6% e 21,42% para o sexo feminino.

Conforme os dados relativos ao tipo de parto (Tabela 02), houve uma tendência à redução gradativa das taxas de parto vaginal de 2009 a 2016, com percentual médio de 1% ao ano e taxa de crescimento de 17,8%. Em 2009 a taxa era de 64,8% e em 2013 de 54%, havendo uma redução de 9,1%. Manteve-se constante em 2013 e 2014 com aproximadamente 54%, voltando a aumentar sutilmente em 2015 mantendo-se em 2016 com 55,5%.

Em contrapartida, a taxa de crescimento das cesarianas foi de 24,6%, com aumento considerável principalmente entre os anos de 2009 a 2012. Em 2009, a taxa compreendia 35,1% com escala crescente até 2013, quando obteve maiores índices da série temporal com 45,9%. A partir de 2014, houve uma sensível redução para 45,1% chegando a 44,5% em 2016.

Em relação às características maternas (Tabela 03), observou-se que a taxa de prematuridade, IG < 37 semanas, teve aumento constante entre 2009 e 2013, passando de 3,8%

para 12,6%, com valor médio percentual de 8,7% ao ano, caracterizando um crescimento três vezes maior. Contudo, em 2014 o percentual volta a reduzir mantendo-se aproximadamente constante até 2016, com 10,2%, sendo a taxa de crescimento total de 38,8%. Observado, ainda, uma alta taxa de crescimento para os dados Ignorado/branco de 68,4%.

Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas, houve um aumento substancial de 2009 a 2016 relativos ao número de consultas acima de 7, constituindo um valor crescente médio de 4,72% ao ano, refletindo uma diferença positiva equivalente a 33% se compararmos 2009 e 2016. A taxa de crescimento de 1 a 6 consultas foi de 8,13% enquanto a de mais de 7 consultas foi de 32,3%. Quanto aos dados referentes a nenhuma consulta, observa-se uma similaridade dos valores no decorrer dos anos, variando de 2,1% para maior incidência em 2011 a 0,3% em 2016, com taxa de crescimento negativa de -0,86%. Já os valores Ignorados e/ou em branco observou-se valores mínimos e com maior variação em 2016 com 1,6% e com taxa de crescimento de 51,9%.

A proporção de nascimentos vivos resultantes de gravidez únicas, não sofreu grandes alterações na série histórica, na qual sinalizou prevalência e proporções de 98,7 em 2009 e 99,2% em 2016.

Embora a taxa de natalidade cujas mães possuem idade até 20 anos estejam reduzindo lentamente, a gravidez na adolescência prevalece como um problema de saúde pública. Houve uma redução média do percentual de 2009 a 2011 de 0,65% ao ano. Porém em 2012 a taxa voltou a aumentar passando de 33,7% em 2011 para 37,1%, decrescendo a partir de 2013, chegando a 32,9% em 2016. Em 2009 havia uma diferença de apenas 15,2% entre a idade materna compreendida até 20 anos e as idades de 21 a 30 anos, já em 2016 essa diferença foi de 16,3%, sendo a diferença da taxa de crescimento total apenas de 0,68%.

Em 2009, os nascimentos vivos de mulheres acima de 30 anos foram de 14,8% com crescente aumento até 2013 com 17,2%, reduzindo 0,4% em 2014. Observou-se que a partir de 2014 as taxas maternas de gravidez tardia voltaram a aumentar. Apesar do sutil acréscimo, em 2016 a taxa foi de 17,9%, enquanto 2009 foi de 14,8%. Assim, de 2009 a 2016 pudemos constatar um percentual de crescimento de 23,9% de nascimentos vivos de mulheres com idade superior a 30 anos.

Tabela 01: Distribuição de nascidos vivos segundo variáveis da DNV relacionadas ao recém-nascido. NHE/HMJEH, 2009 a 27/12/2016\*

Variáveis do RN	2009		2010		2011		2012 <sup>▫</sup>		2013		2014		2015		2016	
	N=1.128	%	N=1.339	%	N=1.774	%	N=2.409	%	N=3.004	%	N=3.628	%	N=4.094	%	N=4.157	%
<b>Peso ao nascer:</b>																
< 2500g	86	<b>7,6</b>	82	<b>6,1</b>	111	<b>6,3</b>	168	<b>7,0</b>	188	<b>6,2</b>	254	<b>7,0</b>	263	<b>6,42</b>	241	<b>5,79</b>
≥ 2500g	1.042	92,4	1.257	93,9	1.663	93,7	2.241	93,0	2.816	93,8	3.374	93,0	3.830	93,56	3.916	94,21
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,02		
<b>APGAR 1º minuto:</b>																
0 a 3	21	<b>1,8</b>	29	<b>2,1</b>	30	<b>1,6</b>	53	<b>2,2</b>	52	<b>1,7</b>	67	<b>1,8</b>	69	<b>1,6</b>	66	<b>1,5</b>
4 a 7	148	<b>13,2</b>	152	<b>11,4</b>	177	<b>10,0</b>	234	<b>9,8</b>	305	<b>10,2</b>	418	<b>11,7</b>	475	<b>11,6</b>	378	<b>9,0</b>
≥ 8	944	83,7	1.144	85,5	1.556	87,8	2.095	86,9	2.634	87,2	3.108	86,4	3.520	86,1	3.683	88,5
em branco	15	1,3	14	1,0	11	0,6	27	1,1	13	0,4	04	0,1	30	0,7	30	1,0
<b>APGAR 5º minuto:</b>																
0 a 3	03	<b>0,2</b>	04	<b>0,3</b>	05	<b>0,3</b>	08	<b>0,3</b>	08	<b>0,2</b>	07	<b>0,2</b>	13	<b>0,3</b>	11	<b>0,2</b>
4 a 7	18	<b>1,6</b>	30	<b>2,3</b>	46	<b>2,5</b>	47	<b>1,9</b>	50	<b>1,6</b>	49	<b>1,4</b>	55	<b>1,3</b>	52	<b>1,2</b>
≥ 8	1.093	96,9	1.292	96,5	1.712	96,6	2.329	96,7	2.935	97,9	3.546	97,8	3.998	97,8	4.064	97,6
em branco	14	1,3	13	0,9	11	0,6	25	1,1	11	0,3	26	0,7	28	0,6	30	1,0
<b>Sexo do RN:</b>																
Masculino	609	<b>54,0</b>	698	<b>52,2</b>	911	<b>51,3</b>	1.216	<b>50,5</b>	1.545	<b>51,4</b>	1.881	<b>51,8</b>	2.113	<b>51,6</b>	2.130	51,2
Feminino	519	46,0	641	47,8	863	48,7	1.193	49,5	1.459	48,7	1.746	48,1	1.978	48,3	2.019	48,5
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,02	03	0,1	08	0,3

Fonte: Relatório Técnico: Competência 2016 a partir do SINASC/NHE/HMJEH / \*dados sujeitos à revisão. ▫ implantação Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa

Tabela 02: Distribuição dos nascidos vivos segundo tipo de parto. HMJEH, 2009 a 27/12/2016\*

Tipo de parto	2009		2010		2011		2012 <sup>▫</sup>		2013		2014		2015		2016*		Total	
	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=21.533	%
Vaginal	<u>730</u>	64,8	847	63,3	1.058	59,6	1.341	55,7	1.623	54,03	<u>1.995</u>	54,9	2.234	55,57	2.299	55,3	12.127	56,31
Cesáreo	<u>397</u>	<b>35,1</b>	487	<b>36,4</b>	713	<b>40,2</b>	1.068	<b>44,3</b>	1.380	<b>45,94</b>	<u>1.633</u>	<b>45,1</b>	1.859	<b>45,41</b>	1.852	44,56	9.389	<b>43,60</b>
Em branco	01	0,08	05	0,3	03	0,2	00	-	01	0,03	-	-	01	0,02	06	0,14	17	0,09

Fonte: *Relatório Técnico: Competência 2016* a partir do SINASC/NHE/HMJEH / \*dados sujeitos à revisão. ▫ implantação Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa

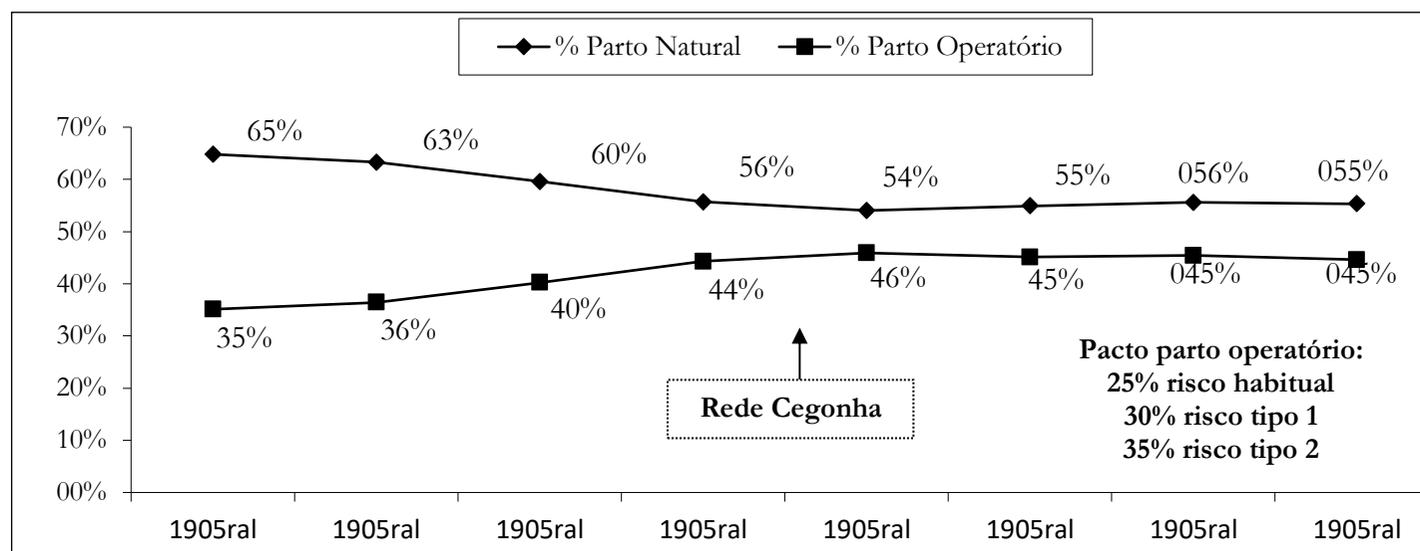


Figura 1: Distribuição percentual dos nascimentos vivos segundo tipo de parto, HMJEH, 2009 a 27/12/2016.

Fonte: *Relatório Técnico: Competência 2016* a partir do SINASC/NHE/HMJEH

Tabela 03: Distribuição de nascidos vivos segundo as variáveis da DN relativas às características maternas. HMJEH, 2009 a 27/12/2016\*

Variáveis relativas às características maternas	2009		2010		2011		2012 <sup>▫</sup>		2013		2014		2015*		2016	
	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%
	1.128		1.339		1.774		2.409		3.004		3.628		4.094		4.157	
<b>Idade gestacional:</b>																
< 37 semanas	43	<b>3,8</b>	80	<b>6,0</b>	184	<b>10,3</b>	271	<b>11,2</b>	381	<b>12,6</b>	365	<b>10,1</b>	423	10,3	428	10,2
≥ 37 semanas	1.083	96,1	1.250	93,4	1.553	87,5	2.129	88,3	2.616	87,2	3.227	88,9	3.634	88,8	3.652	88,0
Branco /ignorado	02	0,1	09	0,6	37	2,0	09	0,5	07	0,2	36	1,0	37	0,9	77	1,8
<b>N.º cons. de pré-natal:</b>																
Nenhuma	17	1,5	17	1,2	37	2,1	34	1,4	33	1,0	35	0,97	78	1,92	16	0,3
1 a 6	704	<b>62,5</b>	790	<b>58,9</b>	808	<b>45,6</b>	1.111	<b>46,1</b>	1.381	<b>46,0</b>	1.422	<b>39,20</b>	1.464	<b>35,75</b>	1.217	<b>29,2</b>
7 a mais	404	<b>35,8</b>	527	<b>39,3</b>	926	<b>52,2</b>	1.263	<b>52,5</b>	1.566	<b>52,2</b>	2.168	<b>59,77</b>	2.551	<b>62,31</b>	2.868	<b>68,9</b>
Ignorado/branco	03	0,2	05	0,3	03	0,1	01	0,04	24	0,8	<u>03</u>	0,06	01	0,02	56	1,6
<b>Tipo de gravidez:</b>																
Única	1.114	<b>98,7</b>	1.320	<b>98,5</b>	1.755	<b>99,0</b>	2.378	<b>98,7</b>	2.977	<b>99,1</b>	3.589	<b>98,93</b>	4.058	<b>99,13</b>	4.126	<b>99,2</b>
Múltipla	14	1,3	18	1,3	19	1,0	31	1,3	27	0,9	37	1,02	34	0,83	30	0,78
Em branco	-	-	01	0,07	-	-	-	-	-	-	02	0,06	02	0,04	01	0,02
<b>Idade materna (anos):</b>																
10-14	12	<b>1,0</b>	16	<b>1,2</b>	32	<b>1,8</b>	33	<b>1,3</b>	<u>49</u>	<b>1,6</b>	57	<b>1,6</b>	63	<b>1,5</b>	53	<b>1,2</b>
15-20	384	<b>34,0</b>	449	<b>33,6</b>	565	<b>31,9</b>	861	<b>35,8</b>	1.039	<b>34,6</b>	1.214	<b>33,4</b>	1.330	<b>32,5</b>	1.318	<b>31,7</b>
21-30	566	50,2	660	49,3	876	49,5	1.143	47,5	1.397	46,6	1.749	48,2	1.998	48,9	2.039	49,2
31-40	155	13,8	202	15,1	284	15,9	340	14,1	490	16,3	570	15,8	652	15,9	706	17,0
41 a mais	11	1,0	12	0,8	17	0,9	32	1,3	29	0,9	38	1,0	51	1,2	41	0,9

Fonte: *Relatório Técnico: Competência 2016* a partir do SINASC/NHE/HMJEH / \*dados sujeitos à revisão. <sup>▫</sup> implantação Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa.

Tabela 4 (continua): Distribuição de nascidos vivos segundo as variáveis da DN relativas às características maternas. HMJEH, 2009 a 27/12/2016\*

Variáveis relativas às características maternas	2009		2010		2011		2012 <sup>▫</sup>		2013		2014		2015		2016	
	N=1.128	%	N=1.339	%	N=1.774	%	N=2.409	%	N=3.004	%	N=3.628	%	N=4.094	%	N=4.157	%
<b>Escolaridade da mãe** (anos de estudo):</b>																
Nenhuma	11	0,9	09	0,6	14	0,79	27	1,12	25	0,8	20	0,6	12	0,2	28	0,9
1-3	71	6,3	89	6,6	76	4,28	102	<b>4,23</b>	198	<b>6,5</b>	95	<b>2,7</b>	<b>104</b>	<b>2,6</b>	90	<b>2,1</b>
4-7	421	<b>37,4</b>	436	<b>32,6</b>	448	<b>25,25</b>	597	<b>24,78</b>	1.121	<b>37,4</b>	732	<b>20,1</b>	<b>852</b>	<b>20,8</b>	817	<b>19,6</b>
8-11	503	<b>44,6</b>	661	<b>49,4</b>	1.190	<b>67,08</b>	1.628	<b>67,58</b>	1.574	<b>52,6</b>	2.657	<b>73,2</b>	<b>2.936</b>	<b>71,9</b>	<b>2.996</b>	<b>72,0</b>
12 a mais	116	10,3	142	10,7	45	2,54	54	2,24	81	2,6	121	3,3	178	4,3	209	5,0
Em branco/ignorado	06	0,5	02	0,1	01	0,06	01	0,04	05	0,1	03	0,1	12	0,2	17	0,4
<b>Situação conjugal:</b>																
Solteira	866	<b>76,7</b>	935	<b>69,9</b>	708	<b>40,0</b>	904	<b>37,5</b>	1.132	<b>37,7</b>	1.270	<b>35,0</b>	1.379	<b>33,7</b>	1.220	<b>29,3</b>
Casada	256	22,6	295	22,1	368	20,7	527	21,9	682	22,8	800	22,0	944	23,1	959	23,0
Outros <sup>§</sup>	05	0,4	104	7,7	693	39,1	970	40,3	1.176	39,1	1.542	42,5	1.751	<b>42,8</b>	1.938	<b>46,8</b>
Em branco/ignorado	01	0,09	05	0,3	05	0,2	08	0,3	14	0,4	16	0,5	20	0,4	40	0,9

Fonte: *Relatório Técnico: Competência 2016* a partir do SINASC/NHE/HMJEH / \*dados sujeitos à revisão. \* implantação hospital da mulher e da criança Eneida Soares Pessoa  
 \*\*variável “escmae,c,1”(1-3: fundamental I, 4-7: fundamental II, 8-11: ensino médio, 12 e mais: superior completo e incompleto) § variável “estcivmae,c,1”incluídos: viúva, separado judicialmente/divorciado e união consensual

Foi possível observar redução na proporção de analfabetismo e analfabetismo funcional, no decorrer de 2009 passando de 43,7% a 21,7% em 2016. Contudo, demonstrou-se que a partir de 2013, período com taxa mais elevada de 43,9%, a taxa variou em proporções decrescente até 2016. É notório, ainda, que os maiores índices de escolaridade maternos estavam concentrados no nível médio, 8 a 11 anos de estudos, com taxa de crescimento na proporção de 29%. Foi observado que houve uma taxa de 16% para os dados ignorados.

Ao analisar as características maternas quanto o estado civil, percebeu-se uma predominância de mães solteiras até 2011 com 40%. A partir de 2012, houve uma mudança no cenário em que mães com “outros estados civis” passaram a marcar o quadro civil, representando na época 40,3%, enquanto mães solteiras 37,5%. Em 2016 a diferença de nascimentos vivos entre os dois estados civis representava apenas 17,50%, com maiores percentagens para categoria outros estados civis.

A grande maioria dos partos encontra-se sob assistência do profissional médico (Figura 04), contudo a partir de 2012, observou-se aumento gradual da assistência à parturiente prestada pelo profissional Enfermeiro Obstetriz na qual passou de 13,3% em 2012, para 35,2% em 2016. Sendo notória a elevação de 21,9%, nos últimos quatro anos, de partos assistidos pelo Enfermeiro, com taxa de crescimento de 24,2%, enquanto os nascimentos assistidos por médicos foram de 3,62%. A parcela de partos assistidos por outros profissionais mostrou-se mínima assim como partos ignorados com média de 0,5% e 0,4% respectivamente.

Quanto a distribuição dos NV segundo município de residência materna (Figura 03), em 2009 registrou-se que 80,3% dos nascimentos foram provenientes de mães de Maracanaú, sendo 19,7% pertencentes a outros municípios. Já em 2012, dos 2.409 nascimentos vivos 37% pertenciam a municípios circunvizinhos, quantitativo crescente até 2016 com equivalência de 46,5%. Observou-se que de 2009 a 2016, houve um aumento médio de 3,8% ao ano de nascimentos vivos cujas mães residiam em outros municípios, equivalente a taxa de crescimento de 36,2%.

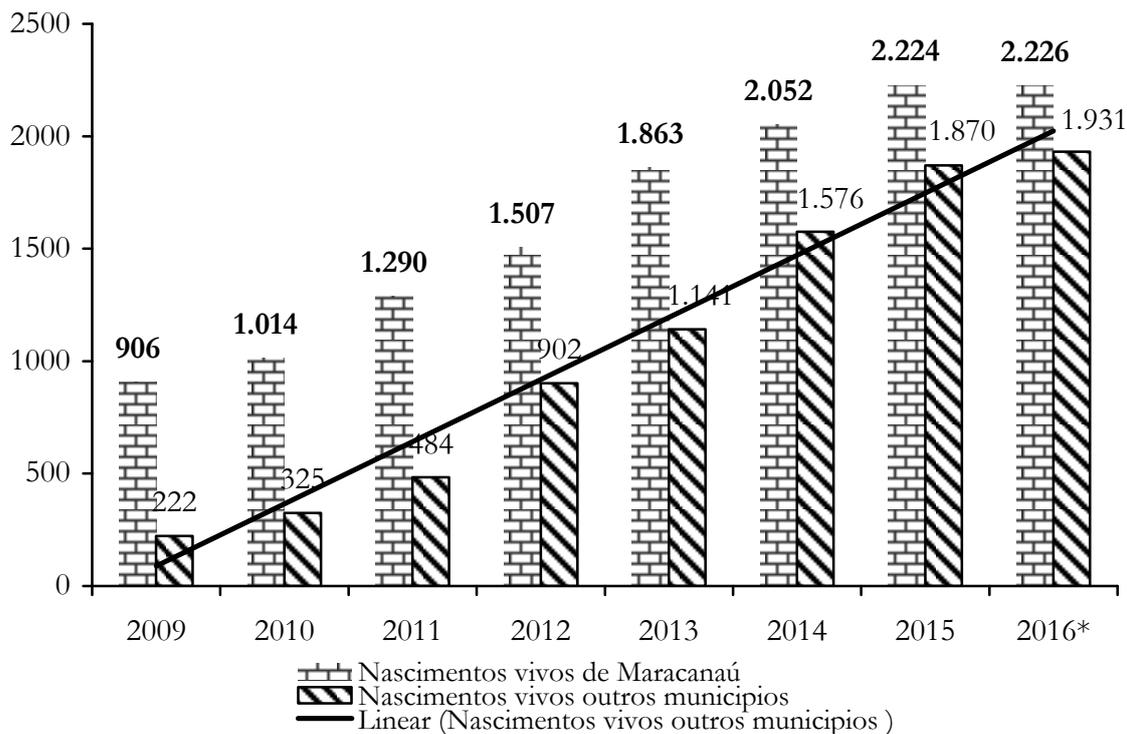


Figura 02: Distribuição absoluta dos nascimentos vivos ocorridos no Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa, segundo município de residência, 2009 a 27/12/2016\*. Fonte: SINASC/NHE/HMJEH (\*dados sujeitos à revisão)

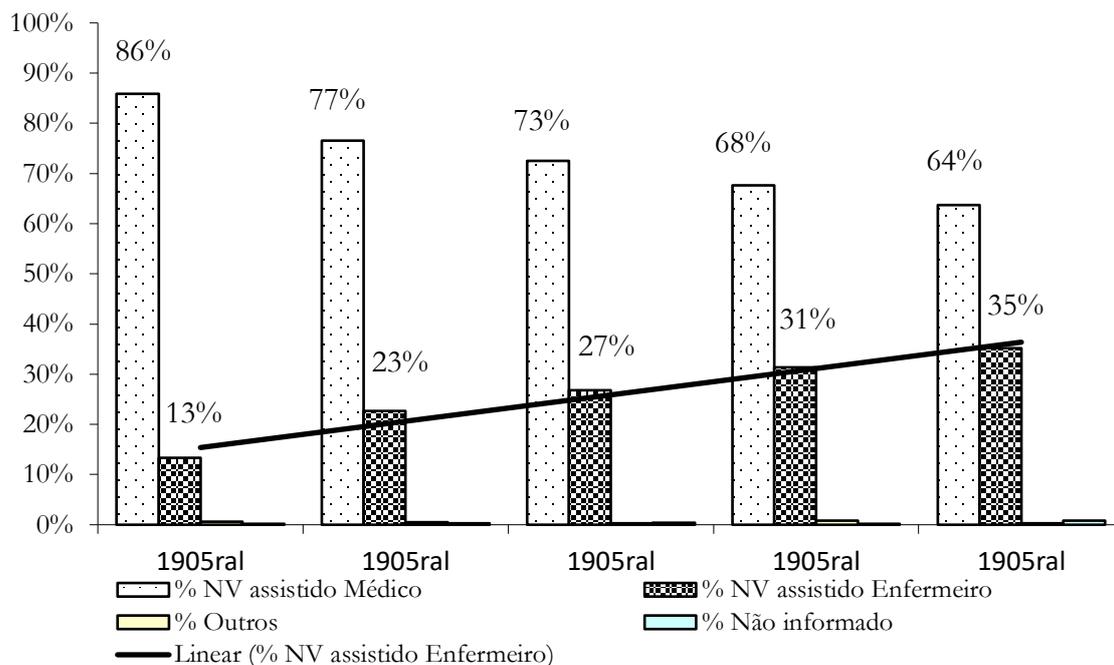


Figura 03: Distribuição percentual dos nascimentos vivos segundo profissional que assistiu parto, HMJEH, 2009 a 27/12/2016. Fonte: SINASC/NHE/HMJEH

## DISCUSSÃO

Referenciado como importante fonte de dados, o SINASC, objetiva quantificar e qualificar o número de nascimentos no território nacional. Assim, as estatísticas vitais são instrumentos indispensáveis na elaboração de indicadores de saúde e demográficos, permitindo subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde (GIROLDO *et al.*, 2015).

Desta forma, os dados epidemiológicos, uma vez traçados, possibilitam ações de políticas públicas visando o melhor atendimento para controlar possíveis condicionantes que predisõem risco à saúde materno-infantil (PEREIRA *et al.*, 2013).

O SINASC, implantado no NHE/HMJEH, mais precisamente em 31/01/2009, é responsável por gerar dados sobre o perfil epidemiológico dos nascimentos em consonância com variáveis específicas relacionadas ao recém-nascido, a mãe, a gestação, ao parto e ao local de ocorrência, possibilitando o planejamento das ações direcionadas ao biônimo mãe-criança.

Embora o SINASC ainda não tenha contemplado todos os registros de nascimentos do país, apontando uma tendência a desigualdades nas Regiões Norte e Nordeste, estudos de série temporal de 2000 a 2009, realizados por Frias, Swarcwald e Lira (2014), revelaram que as proporções de população residentes em municípios dessas regiões com informações adequadas cresceram de 50% para 80%, no período de 10 anos.

A análise da completude das variáveis é fator determinante para avaliação das estatísticas vitais, uma vez que o adequado preenchimento dos dados, bem como, as corretas informações contidas em prontuários médicos, refletem diretamente no planejamento de metas a serem adotadas frente a necessidade de atenção à saúde.

A completude satisfatória dos registros em questão, totalizadas em 96,3%, determinou o quão eficiente está sendo o preenchimento das DNVs e seu repasse para o SINASC, evidenciada pelo quantitativo de percentuais mínimos dos valores ignorados ou em brancos das variáveis. Contudo pode-se observar elevadas taxas de crescimento, principalmente em dados como Idade Gestacional com 68,8%, consultas de pré-natal com 51,9% e situação conjugal com 69,3%. As variáveis possuem informações obtidas, quase na sua totalidade, nas cadernetas das gestantes mediante as consultas de pré-natal. Já os dados que necessitam ser coletados diretamente das usuárias e falta ou desconhecimento de informações podem sugerir erros ou preenchimento indevido das DNV (MAIA;

SOUZA; MENDES, 2015). Apesar de ter sido observado uma boa adesão ao pré-natal com números de consultas preconizadas pelo MS, questiona-se sobre a qualidade na atenção das consultas, será que as cadernetas estão sendo preenchidas adequadamente?

Em análises de estudos científicos, foi revelado que itens como “ignorados ou em brancos” por muito estão deixando de ser computados nos trabalhos, gerando lacunas e dúvidas frente as questões em pautas. Desta feita, será que não deveria haver uma iniciativa de reavaliação da cobertura das informações uma vez que estes itens estão pouco referenciados nos estudos científicos? Será que essas informações estão subnotificadas nas DNV e por conseguinte no SINASC?

O perfil de nascimentos em Maracanaú, corrobora com as evidências da projeção geométrica para o crescimento populacional no Brasil. Ainda que o aumento acumulado em dados comparativos de 2009 a 2016 tenha sido de 268,52%, observou-se redução dos nascimentos a partir de 2013, chegando a valores mínimos em 2016. Assim, embora tenha havido aumento dos nascimentos inicialmente, com a redução da taxa anual a partir de 2013 denotou uma curva não linear tendendo para valores negativos.

Não obstante, o registro com diferencial de apenas 1,53% de DNV entre 2015 e 2016, pode estar associado a superlotação da rede hospitalar, uma vez que se tornou centro de referência na assistência materno-infantil em 2012. Isso nos remete a outras interrogações como a peregrinação das gestantes, com consequente demora no atendimento e assistência ao parto.

Assim, o problema da peregrinação no anteparto ultrapassa a fragilidade da comunicação, que pode estar presente no pré-natal, culminando na insuficiência de leitos obstétricos na rede pública, precariedade na assistência e despreparo de alguns profissionais, o que repercuti diretamente em falhas no processo de regulação nas centrais de leito (SILVA; ALMEIDA, 2015).

Logo o que poderia ter sido um parto natural e conduzido pelo enfermeiro obstetriz, transforma-se em um parto cirúrgico com vários fatores de risco para morbimortalidade materna-infantil, justificando-se assim, as altas taxas de cesarianas.

Outra justificativa poderia estar relacionada ao nível de complexidade das gestações, ou seja, um aumento na gravidez de risco, com consequente referência das usuárias para rede de atenção terciária. Haja visto, que o HMJEH é um hospital de complexidade secundária, que atende a rede ambulatorial e internação, assim partos

considerados de alto risco são transferidos para hospitais da rede terciária, com alta complexidade, justificando a diferença de partos a termos e prematuridades.

Há um consenso na literatura que o baixo peso ao nascer, inferior a 2.500g, é considerado o fator mais importante relacionado com a morbimortalidade infantil, com elevado risco de internação em UTI neonatal e consequentes desfechos negativos como complicações infecciosas e óbitos (MENEZES *et al.*, 2015).

Em estudos realizados em Joinville, Santa Catarina, 2012, sobre determinantes para internação em UTI neonatal, foi evidenciado que o baixo peso ao nascer representava 36,8% das internações neonatais. Um equivalente a um risco oito vezes maior quando comparado a recém-nascido com peso normal (MUCHA; FRANCO; SILVA, 2015).

As proporções de baixo peso obtidas nesta série temporal foram equivalentes à média de 6,55%, com redução das taxas em três anos, passando de 7% em 2014 para 5,79% em 2016. Contudo houve um diferencial de apenas 4,9% em relação aos RN com peso normal o que pode chamar a atenção para uma maior intensificação na assistência durante o parto e pós-parto frente possíveis complicações. Em comparativos com dados de 2012 no município de Joinville, as proporções de baixo peso em Maracanaú foram menores com 7%, enquanto no referido município foi de 7,65% (MUCHA; FRANCO; SILVA, 2015).

O pré-natal é um momento único, cujo qual contribui de forma ímpar para a promoção em saúde, visando a redução, detecção e prevenção de doenças, assim como, educação em saúde com apoio psicoemocional.

Em 2009, os dados referentes ao pré-natal com número de consultas maiores ou igual a sete foram de 35,8% passando para 68,9% em 2016, ou seja, um aumento de mais de 30%. Bem como uma significativa redução daqueles que não obtiveram nenhuma consulta, visualizado nos parâmetros de 2011 que constavam 2,1%, reduzindo para 0,3% em 2016. A redução da taxa na variável baixo peso ao nascer, pode estar relacionada diretamente na melhoria na cobertura do pré-natal, uma vez que houve um aumento nos dados das consultas preconizadas pelo Ministério de Saúde.

Na cidade de Chapecó, Santa Catarina, de 2011 a 2013, 1% apresentou que não realizou nenhuma consulta pré-natal e 80% realizaram 7 ou mais consultas. Já em Maracanaú esses dados foram de 1,5% para nenhuma consulta e 53% para 7 ou mais (SILVA; FERRAZ; BUSATO, 2016). Embora, esteja havendo melhoria na cobertura do pré-natal, esses dados revelam que ainda é necessário um maior alcance da população de Maracanaú frente a sensibilização da importância e efetivação do pré-natal.

O índice de APGAR objetiva avaliar a vitalidade do recém-nascido nos primeiros minutos de vida, representando prognósticos para a saúde do neonato, posto que um resultado desfavorável representa probabilidade de internações em UTI neonatal. Assim sendo, o teste baseia-se em cinco critérios de avaliação com quais sejam: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, reflexo, cor da pele.

Os resultados do estudo mostraram prevalência positiva na pontuação equivalente a maior ou igual a 8 no índice de APGAR no primeiro minuto de vida, com redução, embora sensível, para valores percentuais com padrão de asfixia leve a moderada entre 2009 e 2016. Quanto ao APGAR no quinto minuto verificou-se uma melhora dos padrões vitais substancial com diferenças positivas de 7,8% em recém-nascidos asfixiados, em 2016, comparado ao primeiro minuto de vida. E valores com diferença positiva de 1,3% para recém-nascidos com asfixia grave.

Contudo os dados demonstraram que o APGAR após 5 minutos embora tenha tido redução no percentual dos valores em comparativo com os registros do primeiro minuto, teve uma maior taxa de crescimento com 16,4%, sugestionando um padrão ineficaz de adaptação do RN a vida extrauterina. Por conseguinte, pode-se questionar, também sobre a eficácia do padrão de reanimação neonatal, já que existe uma tendência de neonatos manterem-se asfixiados no 5º minuto de vida. Assim, embora esteja havendo progresso na atenção dos serviços de saúde e padrão da qualidade assistencial imediata ofertadas ao RN, é necessário medidas mais enfáticas em prol de reduzir asfixias nos primeiros minutos de vida.

Em São Paulo, no Hospital Estadual de Grajaú (HEG), em análise retrospectiva dos partos ocorridos no período 2005 a 2009, foi evidenciado que dos 136 óbitos, 58,3% ocorreram na primeira semana, sendo decorrentes de várias associações, inclusive o baixo peso ao nascer e escore de Apgar <4 no primeiro minuto, com 3,6% dos óbitos. (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Há evidências remotas, que nascem anualmente mais crianças do sexo masculino do que feminino, apesar de haver pouca diferença no percentual dos dois sexos. Maracanaú reflete a realidade nacional, havendo prevalência para nascimentos do sexo masculinos, sendo 2009 o ano com maior diferença percentual entre os dois sexos de 8% e 2012 apenas 1%. Contudo, a taxa de nascimentos de meninas equivalente à 21,4%, demonstrou ser maior que a de meninos com 19,6%.

Em 1985, foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que era injustificável taxas de partos cirúrgicos superiores a 15% ao ano, posto que cesarianas sem indicação clínica constituía um problema para Saúde Pública (RATTNER; MOURA, 2016).

A Rede Cegonha, visando fortalecer os princípios do PHPN, busca reduzir em 10% por ano as taxas de partos operatórios. Assim, houve também, uma classificação das maternidades segundo o risco, qual seja: risco habitual representando 25% de taxas de cesarianas; alto risco tipo 1, com 30% e alto risco tipo 2 com 35% de taxas operatórias.

Foi identificado aumento relevante de partos operatórios no período de 2009 a 2013, com manutenção da taxa até 2015, havendo decréscimo em 2016 para 44,56%. Embora os dados permaneçam altos e fora do percentual preconizado pela OMS, pode-se observar um grande contraste quando comparado a outras cidades. Em Chapecó, 2014, as cesárias foram contabilizadas em 65,5%, enquanto em Maracanaú apenas 45,1%. Embora aquela tenha tido uma maior cobertura do pré-natal, com 80%, segundo dados da pesquisa citado anteriormente, não estaria havendo um sugestionamento ou indução à maior aceitação dos procedimentos operatórios nas consultas do pré-natal? (SILVA; FERRAZ; BUSATO, 2016).

Notoriamente em estudos de Rattner e Moura (2016), a região Nordeste é a segunda com menores taxas de partos operatórios com 46,3%, perdendo apenas para região Norte, 42, 8%. Os autores afirmam que alta escolaridade, maior idade, e ser de cor branca são historicamente fatores predisponentes para cesarianas. A preferência da via de parto, remete a pressupostos culturais e que a influência familiar bem como de outras pessoas nas quais mantem relacionamento de afeto e confiança, aparecem como destaque sobre suas preferencias em relação a via de parto (LOGOMARSINO *et al.*, 2013).

Melo, Oliveira e Mathias (2015), revelam que existe uma associação direta entre o cuidado pré-natal e nascimento prematuro. Em Maracanaú a proporção de prematuros em 2009 era de 3,8% com taxa triplicada em 2013. Contudo isto retrata uma realidade no Brasileira em que a prematuridade aumentou de 5% para 11,9% de 2005 a 2011. Em Maringá, PR, a prevalência de nascimentos prematuros, em 2014, foi de 17%, já em Maracanaú a taxa foi de 10,1%. Foi possível observar que a partir de 2013 houve em Maracanaú, uma redução de partos prematuros, aqueles com menos de 37 semanas com crescente aumento de acompanhamento do pré-natal.

A prematuridade constitui-se importante fator de risco para internações em UTIs Neonatais, as quais, poderiam ser evitadas com o aprimoramento de ações voltadas para

prevenção e aprimoramento da assistência à saúde. Assim, a prematuridade está dentre as complicações que representaram 55,5% dos casos que necessitaram de cuidados em UTI neonatal, na cidade de Fortaleza em 2006 (COSTA *et al.*, 2014).

Quanto ao tipo de gravidez, prevaleceu as gestações únicas com aumento de 0,5% nos oito anos, com decréscimo da taxa de gravidez múltiplas passando de 1,3% em 2009 para 0,78% em 2016.

Embora a taxa de fecundidade na juventude venha apresentando declínio nas últimas décadas, a prevalência continua preocupante. A adolescência traduz uma fase de vulnerabilidade nos mais variados aspectos, traduzindo-se em um fenômeno de repercussão mundial, posto que seu significado muda conforme os contextos culturais e sociais. Há um consenso que os problemas psicossociais são os principais entraves enfrentados nessa faixa etária. Um elevado percentual de gravidez na faixa etária menor que 15 anos está correlacionada diretamente a baixa renda familiar, inferior a um salário mínimo. Apontando, ainda, para desfechos desfavoráveis, como baixo peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal, pós-neonatal e no primeiro ano de vida (XAVIER *et al.*, 2013).

Da mudança corporal a suposta perda da proteção dos pais, assim como o desabrochar da sexualidade, faz com que os adolescentes busquem pela autonomia de decisões como consequência do estabelecimento da própria identidade (FERREIRA *et al.*, 2014).

Estudos tem demonstrado que a maternidade na juventude tem características heterogêneas com repercussão sócio demográficas e sócio culturais, podendo ter tanto aspectos positivos quanto negativos, variando conforme a sua percepção (ROSSETTO; SCHERMANN; BÉRIA, 2014).

Contudo, considera-se que a opção reprodutiva dos adolescentes tem impactos significativos em suas vidas, uma vez que repercute na escolaridade, saúde e bem-estar, na perspectiva de emprego e amadurecimento precoce para vida adulta (MOURA; GOMES, 2014)

Logo, a gravidez na infância revela não somente um problema individual, mas um grande problema social, uma vez que está vinculada a fatores que variam desde a extrema pobreza, desvinculação da família à desinformação sobre saúde sexual e reprodutiva.

O que se pode observar do estudo é que embora a faixa etária predominante tenha sido de 21 a 30 anos, existe uma sensível redução na maternidade em idades menores de 20 anos, contrapondo-se a elevação dos índices em idades maiores que 30 anos.

No Brasil os nascimentos provenientes de mulheres com mais de 34 anos aumentaram de 8.92% em 2012 para 10.30% em 2015. A opção de ter filhos mais tardiamente parece estar relacionada a melhoria nas condições socioeconômicas com maiores enfoques para o aumento do nível educacional (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Segundo Rattner e Moura, 2016, existe forte associação entre idade avançada e maior escolaridade com prevalência de nascimentos por cesarianas entre as usuárias dos serviços públicos. Na região Sul, os partos operatórios e equivaleram a 80% das mulheres com alta escolaridade e de 60 a 70% entre mulheres acima de 30 anos de idade, sendo as indígenas as que mais se aproximaram dos limites preconizados pela OMS com 16,2%.

Quanto a idade avançada, Xavier *et al* (2013), chamam atenção que a reprodução tardia traz novos desafios à saúde pública, exigindo desenho de novas linhas de cuidado para esse grupo. Primeiramente observa-se a redução de partos normais com o avançar da idade contribuindo para aumento de partos obstétricos, a frequência de partos de partos prematuros bem como agravamento de comorbidades pré-gestacionais como diabetes e hipertensão arterial (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Isto posto, não estaria sendo a ascensão profissional com enfoque voltado para formação da carreira, untado a responsabilidade de muitas vezes ser a mulher a principal provedora do lar influentes diretos para adiamento da maternidade? Assim como, esta pequena elevação na incidência de partos de mulheres acima de 30 anos contribuintes diretos para manutenção da elevação da taxa de partos obstétricos?

O planejamento familiar deveria ser uma ferramenta que corroborasse para o espaçamento ou limitação das gestações, posto que oferece as usuárias a possibilidade de trilhar sua trajetória sexual, todavia, esta prática vai de encontro ao preconizado pelo ministério de saúde, ocupando plano secundário nos serviços públicos de saúde (MOURA; GOMES, 2014).

As informações sobre escolaridade da mãe e estado civil, podem sofrer variações conforme a interpretação do pesquisador, tendo em vista que muitas vezes são coletadas através de entrevistas diretas com a mãe.

Foi possível observar que houve um declínio na taxa de nascidos vivos cujas mães possuíam nível de escolaridade entre 1 e 3 anos de estudos, passando de 6,3% para 2,1%. Dado relevante, já que o nível de escolaridade daquelas que possuíam 8 a 11 anos de estudos teve aumento progressivo. Ou seja, embora as parturientes continuem com nível

educacional defasado, pode-se considerar uma melhora na busca do processo educacional. Contudo observa-se que o grau de escolaridade de 12 anos ou mais de caiu pela metade na série histórica, passando de 10,3% em 2009 para 5% em 2016.

Em São Caetano foi detectado que 54,9% das adolescentes gestantes apresentaram apenas ensino fundamental, o que evidencia uma significativa proporção de evasão escolar nesta faixa etária durante a gestação tal detectado no Relatório Técnico (FERREIRA *et al.*, 2014).

Em relação a situação conjugal um achado relevante foi a redução pela metade de nascimentos vivos de mães consideradas solteiras no período de 2009 a 2016, equivalendo uma redução de 47,4%. Em contrapartida, os dados referentes a situação conjugal a “outros”, que inclui: viúva, separado judicialmente/divorciado e união consensual, aumentou de 0,4% em 2009 para 46,8% em 2016, configurando-se a maior classe representativa.

Contudo para a nova categoria formada de “outros” foi possível observar dificuldade em obter correlação com outros estudos tendo em vista que pessoas viúvas, separadas judicialmente/divorciadas e solteiras parecem formar um grupo, posto que vivem sozinhas. Ao passo que pessoas casadas e com união/consensual formariam um novo grupo, já que dividem um mesmo seio familiar. Assim, em estudos de Barbosa *et al.*, 2017, foi mostrado que dos nascimentos vivos ocorridos em um hospital público do Piaí em 2014, 25,4% eram de mães solteiras/divorciadas/viúvas, 74,3% possuíam companheiros.

No final de 2011, objetivando o delinear os nascimentos vivos segundo a assistência ao parto, o Ministério da Saúde incorporou nas DNV a varável “nascimento assistido por”, tendo como categorias: médicos, enfermeira obstetriz, parteira, outros e ignorados.

Muito embora a assistência direta do médico tenha se configurado predominante na pesquisa, foi possível observar que o NV assistido pelo Enfermeiro dobrou, passando de 13,3% em 2009 para 35,2% em 2016, uma diferença positiva de 61,8%. Corroborando com o achado, a atenção prestada pelo enfermeiro vem configurando-se componente incisivo assim como mencionado em estudos de Sousa *et al.*, 2016, em que 71,6% dos partos vaginais, em Minas Gerais, foram assistidos por enfermeiras obstétricas. Embora o parto assistido por parteiras seja cultural, os achados do relatório não referiram diretamente as práticas desta categoria.

O percentual de ocorrência dos nascimentos vivos, ao longo da série histórica, considerando o município de residência das mães, apresentou um aumento considerável das parturientes residentes em outros municípios.

Esse percentual positivo de 26,7% nos oito anos, alcançado principalmente após 2012, pode estar atribuído devido a implantação e consolidação do Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa, favorecendo a ampliação da rede de oferta de serviços obstétricos.

## CONCLUSÃO

Foi possível verificar que há uma redução gradual de nascimentos com o passar dos anos em Maracanaú, o que corrobora com os dados referente nascimento no território nacional, sugerindo a inversão da pirâmide etária, na região do estudo.

Os resultados apresentados na série histórica, evidenciaram que Maracanaú/CE, é um centro de referência em saúde materna posto que retrata em seus dados a grande procura das mulheres de municípios circunvizinhos em busca de assistência ao parto, principalmente após implantação do hospital HMJEH em 2012.

Embora seja demonstrado uma adesão as propostas implantadas pelo PHPN e enfatizadas pela Rede Cegonha, pautadas principalmente pela adesão das gestantes ao pré-natal, com número de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, não se pode classificar o pré-natal como adequado, posto que existe uma lacuna sobre dados específicos e qualificador do pré-natal.

Ademais, consta ressaltar que a realização de partos operatórios, embora tenham sofrido uma leve estabilização nas taxas percentuais, ainda está aquém do preconizado pela OMS e Rede Cegonha. Contudo a manutenção dos partos normais com valores positivos nos remete à valorização de políticas públicas em pró de melhorias na adequação do parto normal nos estabelecimentos de saúde. Bem como o profissional enfermeiro, que passou a ganhar espaço contínuo frente a realização da assistência ao parto

A qualidade do cuidado envolve um conjunto de fatores que permeiam as características socioeconômicas e culturais. A clientela do estudo possui características singulares, reforçando-se a necessidade de intensificação do planejamento de ações estratégicas voltadas à de saúde materno-infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. N. et al. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)*;5(3):132-141, jul.-set. Rio de Janeiro, 2013.

BARBOSA, E.M., et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Rev Rene*. 18(2):227-33, mar-abr. 2017

COSTA, A. L. do R. R., et al. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 29-34, Jan. 2014.

FERREIRA, E. B. et al. Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. *Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)*; 6(4): 1571-1579, out.- nov. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 27 jun 2011; Seção 1.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE (BR). DATASUS. [Acesso em 01 de nov. de 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvce.def>.

FRIAS, P. G.; SZWARCOWALD, C. L.; LIRA, P. I. C. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cad. Saúde Pública*. 30(10): 2068-2080. Rio de Janeiro, 2014.

FUJITA, J. A. L. da M.; SHIMO, A. K. K. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. *REME rev. min. enferm*; 18(4): 1006-1010, out.-dez. 2014.

GIROLDO, A. M. et al. Cobertura do Sistema de Informações sobre Nascimentos Vivos e potenciais fontes de informações em municípios de pequeno porte em Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras. Saúde Matern. Infantil*. 15 (3) 317-324. Recife, 2015.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO. D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *FEMINA | Setembro/Outubro 2012 | vol 40 | nº 5*. 2012.

GUIMARAES, E. A. de A. et al. O contexto organizacional do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos segundo profissionais de saúde do nível municipal. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 14, n. 2, p. 165-172, 2014.

GUIMARAES, E. A. de A. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.10, pp.2105-2118. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00116312>.

IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativa da População residente nos municípios e para as unidades da federação brasileira com data de referência em 1º julho de 2016. [Acesso em 11 de nov. de 2017]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=9112&t=destaques>.

LAGOMARSINO, B. S. et al. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. REME rev. min. enferm; 17(3): 680-687, jul.-set.2013.

LEAL, M. do C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2015, vol.15, n.1, pp.91-104. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. A contribuição do Linkage entre o SIM e SINASC para a Melhoria das informações da mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras. Rev Bras. Saúde Martern. Infantil; 15 (1) 57-66. Recife, 2015.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. Rer Esc Enferm USP; 49(4):540-549. 2015.

MENEZES, L. O. de. et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(10):1939-1948, out, 2012.

MORAIS, C. A. M. de; TAKANO, O. A.; SOUZA, J. dos S. F. e. Mortalidade infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2005: comparação entre o cálculo direto e após linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. Cad. Saúde Pública vol.27 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2011.

- MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciências & Saúde*. 2014; 19(3):853-863.
- MUCHA, F.; FRANCO, S. C.; SILVA, G. A. G. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina – 2012. *Rev Bras. Saúde Martern. Infantil*; 15 (2) 201-208. Recife, 2015.
- NUNES, J.T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Rev. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro*, 24 (2): 252-261, 2016.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: WHO; 2014. [Acesso em 10 Nov. 2015]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)
- OLIVEIRA, N. C. de; MOURA, E. R. F.; SILVA, C. F. da. Perfil dos nascidos vivos de Maranguape-CE: a partir da série histórica de 2000 a 2003. *Rev. RENE. Fortaleza*, v. 8, n. 1, p. 52-59, jan./abr.2007.
- OLIVEIRA, T. G. de. et al. Escore de Apgar de mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Rev. Einstein*. 2012;10(1):22-8.
- PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2729-2737, 2012.
- PEREIRA, C. C. B.; VIDA, A.S.; CARVALHO, P. I.; FRIAS, P. G. Avaliação da Implantação do Sistema sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. *Rev Bras. Saúde Martern. Infantil*. 2013; 13 (1) 39-49.
- PORTO, A. M. F. et al. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*[online]. 2013, vol.13, n.2, pp.161-166. ISSN 1806-9304. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200009>.
- RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras. Saúde Martern. Infantil*; 16 (1) 39-47. Recife, 2016.
- ROSSETTO, M. S.; SCHERMANN, L. B.; BERIA, J. U. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.10, pp.4235-4246. ISSN 1413-8123.

SANTOS, N. L. de A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.3, pp.719-726. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>.

SILVA, A. L. S.; ALMEIDA, L. C. G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. *Rev Eletronic. Atualizada Saúde*; v. 2, n. 2. 2015.

SILVA, R. A.; FERRAZ, L.; BUSATO, M. A. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC. *RECIIS-Rev Eletron. Comum Inov. Saúde*; 10(2):1981-6278. 2016.

SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na Assistência ao parto em maternidade com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*. 2016; 20(2).

TAGUCHI, M. C. M.; PIO, D. A. M. Uma leitura psicanalítica da vivência da maternidade nos casos de aborto e prematuridade. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, v. 6, n. 2, p. 56-61, dez. 2014.

VASCONCELLOS, M. T. L. de et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, suppl.1, pp.S49-S58. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176013>.

XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciências & Saúde*; 18(4):1161-1171. 2013.

## **ANEXOS**

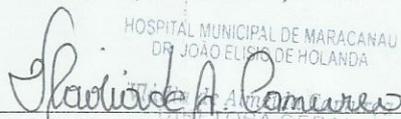
## AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Vlândia de Almeida Camurça, Diretora Geral do Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda, fiel depositário do Relatório Técnico do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da instituição Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda, situada em Maracanaú-CE declaro que a pesquisadora Juliana Campos da Silva está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa documental: **“TRILOGIA EPIDEMIOLÓGICA DO NASCER EM MARACANAÚ-CE: CONTANDO PARA CUIDAR”**, cujo objetivo geral é descrever, sob uma perspectiva temporal, o perfil epidemiológico dos nascidos vivos em relação aos aspectos individuais, maternos, ao pré-natal, ao parto e ao local de ocorrência do mesmo. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os resultados contidos no Relatório Técnico do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, referente ao ano de 2017.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Maracanaú, 21 de março de 2017.

  
HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ  
DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA  
DIRETORA GERAL

Vlândia de Almeida Camurça  
Diretora Geral do Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda

FACULDADE METROPOLITANA DA GRANDE FORTALEZA

Prezada Dra. Vlândia de Almeida Camurça

Diretora do Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“TRILOGIA EPIDEMIOLÓGICA DO NASCER EM MARACANAÚ-CE: CONTANDO PARA CUIDAR”** a qual envolve consulta e análise em relatórios emitidos pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. Trata-se de uma pesquisa documental. Esse estudo é essencial para descrever, sob uma perspectiva temporal (2009 a 2016), o perfil epidemiológico dos nascidos vivos em relação aos aspectos, maternos, individuais, ao pré-natal, ao parto e ao local de ocorrência do mesmo.

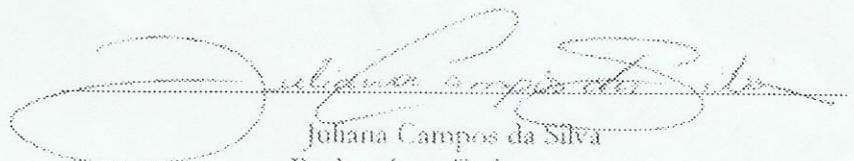
A coleta de dados da pesquisa dar-se-á a partir das informações contidas no Relatório Técnico do Núcleo de Epidemiologia. Será iniciada no 2º bimestre de 2017 e terminará no 3º bimestre de 2017, sendo conduzida pelo pesquisador responsável Juliana Campos da Silva, sob orientação da Profa. Dra. Cristiana Ferreira da Silva.

As informações obtidas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional e que, a qualquer momento, poderá ser retirada a autorização para a pesquisa, caso suas recomendações não sejam atendidas.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Estabelecimento de Saúde, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 21 de março de 2017.



Juliana Campos da Silva  
Bacharel em Enfermagem

**COREN-CE 299500**

## TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Vlândia de Almeida Camurça, Diretora Geral do Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda, autorizo a realização da pesquisa documental **“TRILOGIA EPIDEMIOLÓGICA DO NASCER EM MARACANAÚ-CE: CONTANDO PARA CUIDAR”** a ser realizada por Juliana Campos da Silva.

Autorizo os pesquisadores a utilizarem o espaço do Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda (HMJEH) para a realização de consulta e análise do Relatório Técnico do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/HMJEH .

Este Projeto de Pesquisa terá apoio desta instituição. Autorizo também que o nome do Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda possa constar no relatório final desta pesquisa bem como em futuras publicações científicas.

Maracanaú, 21 de março de 2017.

HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ  
DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA  
*Vlândia de Almeida Camurça*

Vlândia de Almeida Camurça /

Diretora Geral do Hospital Municipal de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda