

Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC

Epidemiological profile of live births in the city of Chapecó-SC

Perfil epidemiológico de los nascidos vivos en el municipio de Chapecó-SC

Rodrigo Aguiar da Silva Correio | rodrigoasilva@unochapeco.edu.br

Secretaria Municipal de Saúde de Chapeco, SC. Brasil.

Lucimare Ferraz Correio | lferraz@unochapeco.edu.br

Universidade Comunitária da região de Chapecó (Unochapeco). Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. Chapecó, SC. Brasil.

Maria Assunta Busato Correio | assunta@unochapeco.edu.br

Universidade Comunitária da região de Chapecó (Unochapeco). Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. Chapecó, SC. Brasil.

Resumo

O estudo que deu origem a este artigo objetivou conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos em Chapecó/SC, no período de julho de 2011 a junho de 2013, com base no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Trata-se de pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. Do total de 5.918 nascidos vivos, 9,2% nasceram com peso inferior a 2.500 g; 9,4% prematuros; 15,7% eram filhos de mães adolescentes, e 20% das mulheres fizeram sete consultas ou menos de pré-natal. Foi realizada estratificação do grupo de gestantes segundo o ambiente de vivência materno dividido em urbano, rural e rural indígena, e observaram-se, de acordo com eles, diferenças no perfil epidemiológico dos nascidos vivos. Portanto, a variável local de moradia materna deverá ser considerada ao se avaliarem e se planejarem estratégias e ações que visem a qualidade da assistência não só à mulher no período da gestação, parto, puerpério, mas também ao seu recém-nascido. Cabe ressaltar a necessidade de estudos voltados para a população rural indígena.

Palavras-chave: Nascido vivo; Inquéritos epidemiológicos; Sinasc; População urbana; População rural.

Abstract

This article presents the results of a study to investigate the epidemiological profile of birth in Chapecó/SC, from July 2011 to June 2013, based on the Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc (Live Birth Information System – Sinasc, na sigla em português). It is a descriptive research, retrospective, of quantitative approach. From 5,918 live births, 9.2% were born weighing less than 2,500 g; 9.4% were premature children; 15.7% were babies born to adolescent mothers; and 20% of women made seven or less prenatal care visits. A stratification of a group of pregnant women according to maternal dwelling environment in urban, rural and indigenous rural areas was undertaken and it was found that there were differences on epidemiological profile of live births depending on each place. Therefore, the variable maternal dwelling environment should be taken into account to evaluate and to create strategies and actions which aims the quality of care for women during the period of pregnancy, childbirth, postpartum and for their newborn. We emphasize that studies focusing on the indigenous rural population should be developed.

Keywords: Live birth; Health surveys; Sinasc; Urban population; Rural population.

Resumen

El objetivo del estudio en que se basó este artículo fue conocer el perfil epidemiológico de los nacimientos en Chapecó/SC, entre julio del 2011 y junio del 2013, basado en el Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc (Sistema de Informaciones de Nascidos Vivos – Sinasc). Es un estudio descriptivo, retrospectivo, con un enfoque cuantitativo. De los 5.918 nacidos vivos, 9,2% nacieron con un peso inferior a 2.500 g; 9,4% nacieron prematuros; 15,7% eran hijos de madres adolescentes y 20% de las gestantes habían hecho siete visitas, o menos, a la atención prenatal. Se realizó una estratificación de grupos de las mujeres embarazadas según su domicilio estaba en la zona urbana, rural o rural indígena y se ha concluido que existen diferencias epidemiológicas al nacer de acuerdo con el área en que habita la madre. Por lo tanto, la variable “lugar de domicilio de la madre” deberá ser considerada en la evaluación y planificación de estrategias y acciones que tengan el objetivo de promover la calidad de la atención a las mujeres en el período de embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. Se recomienda hacer estudios acerca de la población rural indígena.

Palabras clave: Nacido vivo; Encuestas epidemiológicas; Sinasc; Población urbana; Población rural.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Rodrigo Aguiar da Silva e Lucimare Ferraz.

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Rodrigo Aguiar da Silva e Lucimare Ferraz.

Redação do manuscrito: Rodrigo Aguiar da Silva, Lucimare Ferraz e Maria Assunta Busato.

Revisão crítica do conteúdo intelectual: Rodrigo Aguiar da Silva, Lucimare Ferraz e Maria Assunta Busato.

Declaração de conflito de interesses: Os autores declaram não existir conflito de interesse referente à elaboração do artigo.

Fontes de financiamentos: Unochapeco

Considerações éticas: Este estudo foi realizado mediante avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos –CEP/UNOCHAPECÓ-, registrado sob protocolo nº 091/2013.

Histórico do artigo: Submetido: 10.jun.2015 | Aceito: 14.mar.2016 | Publicado: 30.jun.2016.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Introdução

O processo da gestação é um fenômeno fisiológico que deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, fenômeno no qual normalmente ocorrem mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. O resultado esperado de uma gestação é a obtenção de um recém-nascido (RN) sadio sem trauma para a mãe. Entretanto, em algumas situações isso não é possível devido a complicações durante a evolução da gravidez ou do parto, ou com o conceito. Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico-puerperal geram riscos à integridade da saúde, tanto da mãe quanto do conceito¹.

Para a obtenção de dados e informações registrados na área da saúde, foi utilizado o Sistema de Informação em Saúde (SIS) que está inserido em um sistema maior e mais complexo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi implantado pelo Ministério da Saúde, visando ao registro sistemático das informações sobre os nascimentos vivos em âmbito nacional. Esse sistema representa uma fonte relevante de informação para avaliação da saúde na área materno-infantil². Para melhor conhecimento situacional do processo de nascimento, o acompanhamento estatístico desses nascimentos constituiu um avanço significativo na área da saúde pública, pois desde então possibilitou conhecer quem nasce, como, onde e em que condições, melhorando a qualidade das informações sobre nascidos vivos no Brasil³⁻⁴.

O Sinasc é um sistema no qual as informações coletadas são registradas pelos municípios, tendo a função de obter os dados de todo o país, tanto nos setores público e privado da saúde, como nos domicílios. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do SUS, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido⁵.

As políticas e programas de saúde desenvolvidos para uma determinada população precisam ser planejados a partir de diagnósticos que levem em consideração as características da realidade em seu conjunto. A capacidade de levantar pistas conducentes a estudos causais é que dá à abordagem descritiva significados especiais que transcendem a simples capacidade de descrever o fenômeno⁶. A utilização de indicadores demográficos, epidemiológicos e político-sociais possibilita o conhecimento acerca do perfil populacional e, conseqüentemente, fornece informações necessárias para a priorização das ações por parte dos gestores⁷. Rodrigues e Zagonel relatam que, nos sistemas de informações epidemiológicas, a base da coleta de dados é a população, e as informações serão mais fidedignas e de melhor qualidade quanto maior for sua cobertura (justamente pela sua maior abrangência)⁸.

O principal instrumento do Sinasc é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que é preenchido logo após o nascimento por um profissional de saúde adequadamente treinado⁹. A DNV consiste em um documento individualizado e padronizado nacionalmente cujo objetivo principal é obter um perfil epidemiológico dos nascimentos segundo variáveis como: sexo, peso ao nascer, idade gestacional, duração da gestação, tipo de parto, e paridade, além de variáveis importantes para analisar as condições de nascimento como: grau de instrução e idade da mãe, índice de Apgar no primeiro e quinto minuto, e número de consultas durante o pré-natal.

Segundo Pereira, a qualidade da informação depende sobretudo da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado)⁹. Com os dados contidos na DNV, na forma em que estão estruturados, é que se tem um poderoso instrumento - a informação. Reconhece-se a importância do conhecimento das informações relacionadas aos eventos e às condições em que ocorrem os nascimentos, pois elas norteiam e direcionam o planejamento das ações tanto em relação à saúde da mãe quanto a do recém-nascido⁶. O conhecimento do número e das características dos nascidos vivos é indispensável para a elaboração de indicadores de saúde, tendo em vista que representa a realidade de uma comunidade.

Todavia, pouco se sabe sobre as possíveis diferenças do perfil epidemiológico dos nascimentos quando os ambientes rural e urbano são levados em conta. Diante disto, tem-se a seguinte problemática de investigação: há diferenças estatisticamente significativas no perfil de nascidos vivos nos ambientes urbano, rural e rural-indígena? Os fatores que condicionam o baixo peso ao nascer e a prematuridade são semelhantes nos ambientes rural e urbano?

Na perspectiva de contemplar essas questões, o estudo aqui abordado tem o objetivo de apresentar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos residentes no município de Chapecó/SC, relacionando-os com o ambiente de vivência materno, a partir dos dados obtidos no Sinasc.

Metodologia

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

O município de Chapecó, local do estudo, está situado na microrregião de mesmo nome, mesorregião Oeste Catarinense, uma das abrangidas pela Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul. Segundo dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa de sua população era de 183.561 habitantes, dos quais 168.159 (91,6%) residiam no meio urbano e 15.402 (8,4%) no meio rural. Esse mesmo instituto estimou uma população de 202.009 habitantes¹⁰ para o município no ano de 2014. Ainda segundo o IBGE, Chapecó é a 6ª cidade mais populosa do estado de Santa Catarina e a 16ª em densidade populacional (293,98 hab/km²).

É importante citar que no município de Chapecó existem três áreas de reservas indígenas no meio rural denominadas Aldeia Condá e Toldo Chimbangue (I e II). Ambas são povoadas pela etnia indígena Kaingang, com superfície territorial correspondente a 4.242,73 hectares¹¹. Para este estudo, apesar de estarem situadas em área territorial rural municipal, essas aldeias foram estratificadas como grupo à parte do ambiente rural.

A população abordada neste estudo foi o universo total de nascidos vivos no município de Chapecó durante o período de julho de 2011 a junho de 2013. Foram considerados nascidos vivos

[...] os produtos da concepção que, depois da separação, da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não importando a duração da gravidez, respiravam ou apresentavam outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta^{5,23-24}.

Os dados constantes das DNV foram coletados em um formulário específico, tendo sido realizada estratificação de acordo com o ambiente de vivência materno (ambiente rural, ambiente urbano, ambiente rural indígena); os dados incluídos se referem ao processo gestacional e materno (sociodemográficos), como faixa etária materna, local de ocorrência do parto, número de consultas de pré-natal, mês gestacional de início do pré-natal, escolaridade materna, situação conjugal, tipo de parto; e ao recém-nascido, como período gestacional, sexo, peso ao nascer, Apgar no 1º e 5º minutos, e presença de anomalias ou defeitos congênitos.

As informações contidas nesse formulário foram codificadas e armazenadas em um banco de dados utilizando o *software* Microsoft Excel® 2010. Depois disso, foi realizada análise de consistência dos dados coletados e, em seguida, eles foram analisados estatisticamente com o auxílio do programa IBM® SPSS® Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.0.

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

Resultados

É apresentado a seguir o perfil dos nascidos vivos de julho de 2011 a junho de 2013 no município de Chapecó, estratificados segundo ambiente de vivência materno. Desse período estudado, foram analisados dados referentes a 5.931 DNV de recém-nascidos de mães residentes nesse município. Como 13 dessas DNV apresentaram problemas de preenchimento, restaram 5.918 DNV para análise.

O local de ocorrência desses nascimentos, de acordo com a Tabela 1, foi predominantemente o ambiente hospitalar, o que indica que 99,7% das gestantes tiveram acesso à atenção hospitalar no momento do parto.

Quadro 1 - Perfil gestacional e obstétrico, conforme o ambiente de vivência materno, Chapecó/SC, 2014

		Meio urbano (n = 5.389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5.918)	P
Local de ocorrência do parto	Domicílio	13 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (0,2%)	0,778
	Hospital	5.371 (99,7%)	468 (100%)	61 (100%)	5.900 (99,7%)	
	Outros	5 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (0,1%)	
Idade*		27 ± 7 ^{b,c}	25 ± 7 ^{a,c}	22 ± 7 ^{a,b}	27 ± 7	< 0,001
Faixa etária materna	10-14 anos	51 (1%)	8 (2%)	4 (7%)	63 (1%)	< 0,001
	15-19 anos	748 (14%)	96 (20%)	23 (38%)	867 (15%)	
	20-24 anos	1.208 (22%)	125 (27%)	16 (26%)	1.349 (23%)	
	25-29 anos	1.415 (26%)	135 (29%)	9 (15%)	1.559 (26%)	
	30-34 anos	1.175 (22%)	56 (12%)	6 (10%)	1.237 (21%)	
	35-39 anos	631 (12%)	34 (7%)	1 (2%)	666 (11%)	
	40-44 anos	150 (3%)	12 (3%)	1 (2%)	163 (3%)	
	45-49 anos	10 (0,2%)	2 (0,4%)	0 (0%)	12 (0,2%)	
	50 e mais anos	1 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (0%)	

Legenda:

n - número da amostra;

* - Dado apresentado em média ± desvio padrão;

a - Diferença significativa quando comparado ao meio urbano ($P < 0,05$);

b - Diferença significativa quando comparado ao meio rural ($P < 0,05$);

c - Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Quadro 1 - Perfil gestacional e obstétrico, conforme o ambiente de vivência materno, Chapecó/SC, 2014

		Meio urbano (n = 5.389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5.918)	P
Escolaridade materna	Sem escolaridade	8 (0,1%)	2 (0,4%)	1 (2%)	11 (0,2%)	< 0,001
	Fundamental I	199 (4%)	40 (8%)	11 (18%)	250 (4%)	
	Fundamental II	1.390 (26%)	217 (46%)	39 (64%)	1.646 (28%)	
	Médio	2.403 (44%)	171 (36%)	9 (15%)	2.583 (44%)	
	Superior incompleto	385 (7%)	12 (3%)	0 (0%)	397 (7%)	
	Superior completo	1.003 (19%)	26 (6%)	1 (2%)	1.030 (17%)	
	Ignorado	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	
Situação conjugal	Solteira	904 (17%)	102 (21%)	16 (26%)	1.022 (17%)	< 0,001
	Casada	1.586 (29%)	92 (20%)	2 (3%)	1.680 (28%)	
	Viúva	11 (0,2%)	1 (0,2%)	0 (0%)	12 (0,2%)	
	Separada / divorciada	31 (1%)	4 (1%)	0 (0%)	35 (1%)	
	União estável	2.848 (53%)	268 (58%)	42 (69%)	3.158 (53%)	
	Ignorada	9 (0,1%)	1 (0,2%)	1 (2%)	11 (0,2%)	

Legenda:

n - número da amostra;

* - Dado apresentado em média ± desvio padrão;

a - Diferença significativa quando comparado ao meio urbano (P < 0,05);

b - Diferença significativa quando comparado ao meio rural (P < 0,05);

c - Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Quadro 1 - Perfil gestacional e obstétrico, conforme o ambiente de vivência materno, Chapecó/SC, 2014

		Meio urbano (n = 5.389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5.918)	P
Consultas de pré-natal	Nenhuma	33 (1%)	2 (0,4%)	1 (2%)	36 (1%)	< 0,001
	De 1 a 3	185 (3%)	13 (3%)	15 (25%)	213 (4%)	
	De 4 a 6	821 (15%)	69 (14%)	22 (36%)	912 (15%)	
	7 ou mais	4.348 (81%)	383 (82%)	23 (38%)	4.754 (80%)	
	Ignorado	2 (0%)	1 (0,20%)	0 (0%)	3 (0,1%)	
Mês gestação Início pré-natal*		2,28±1,18 ^c	2,38±1,12 ^c	3,47±1,69 ^{a,b}	2,30±1,18	< 0,001
Gravidez única x múltipla	Única	5.279 (98%)	460 (98,3%)	59 (96,7%)	5.798 (98%)	0,936
	Dupla	104 (1,9%)	8 (1,7%)	2 (3,3%)	114 (1,9%)	
	Tripla ou mais	6 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (0,1%)	
Tipo de parto	Vaginal	1.789 (33,2%)	213 (45,5%)	40 (65,6%)	2.042 (34,5%)	< 0,001
	Cesariana	3.600 (67,8%)	255 (54,5%)	21 (34,4%)	3.876 (65,5%)	
Posição do bebê na hora do parto	Cefálica	5.070 (95%)	447 (96%)	58 (97%)	5.575 (95%)	< 0,001
	Pélvica / podálica	219 (4%)	11 (2%)	2 (3%)	232 (4%)	
	Transversa	22 (0,4%)	2 (0,4%)	0 (0%)	24 (0,4%)	
	Ignorado	6 (0,1%)	5 (1%)	0 (0%)	11 (0,2%)	

Legenda:

n - número da amostra;

* - Dado apresentado em média ± desvio padrão;

a - Diferença significativa quando comparado ao meio urbano (P < 0,05);

b - Diferença significativa quando comparado ao meio rural (P < 0,05);

c - Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

No que se refere às características maternas, observou-se, na população geral, que há um predomínio das que se encontram na faixa etária de 20-34 anos, abrangendo 70,1% (n = 4.145) da amostra. O percentual de mães adolescentes (idade inferior a 20 anos) é de 15,7% (n = 930), e as que têm idade igual ou superior a 35 anos compreendem 14,2% (n = 843). Quando se estratificou o ambiente de vivência materno, observou-se que,

entre as gestantes que vivem no meio urbano, 70,5% encontram-se na faixa etária de 20-34 anos, 14,8% são mães adolescentes e 14,7% têm idade igual ou superior a 35 anos. Já entre as que vivem no meio rural, 67,5% encontram-se na faixa etária de 20-34 anos, 22,2% são mães adolescentes e 10,3% têm idade igual ou superior a 35 anos. E, no que diz respeito às que vivem no ambiente rural indígena, 50,8% das gestantes encontram-se na faixa etária de 20-34 anos, 44,3% são mães adolescentes e apenas 4,9% têm idade igual ou superior a 35 anos.

Quanto ao grau de escolaridade da mãe, 67,8% (n = 4.010) têm nove anos ou mais de estudos e 32,2% (n = 1.908) possuem, no máximo, ensino fundamental completo (até oito anos de estudo).

Ao considerar a situação conjugal/estado civil das mães, é possível observar que a maioria coabita com o companheiro [união estável 53% (n = 3.158) e casadas 28% (n = 1.680)], enquanto as solteiras representam 17% (n = 1.022). As mães que não têm companheiro representam 19% do total de gestações analisadas.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, 80% das gestantes (n = 4.754) realizaram sete consultas ou mais, 15% (n = 912) de quatro a seis consultas e apenas 1% (n = 36) não realizou o pré-natal. Ao estratificar a população, foi possível observar que 81% das gestantes que moram no meio urbano, 82% das que residem no meio rural e 38% das que vivem no ambiente rural indígena realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.

No que diz respeito ao fato da gestação ser única ou múltipla, tem-se que 98% (n = 5.798) delas foram únicas, e que houve apenas duas gestações de trigêmeos. Ao estratificar as gestantes em relação ao ambiente de vivência, observou-se que esses percentuais foram preservados. Nos casos de trigemelaridade, as gestantes viviam no meio urbano.

Em relação ao tipo de parto, a prevalência é do vaginal, que foi realizado por 34,5% do total de gestantes (n = 2.042). Ao estratificar o ambiente de vivência materno, é possível observar que 33,2% das gestantes que vivem no meio urbano, 45,5% das que residem no meio rural e 65,6% das que vivem no meio rural indígena realizaram esse tipo de parto.

Quanto às características dos nascidos vivos, a Tabela 2 indica que o maior número de crianças, ou seja, 51,1% da população em geral, é do sexo masculino, e que não há diferença significativa ao estratificar de acordo com o ambiente de vivência materno.

Quadro 2 - Perfil do sexo, peso ao nascer e período gestacional, conforme o ambiente de vivência materno, no município de Chapecó/SC, 2014

		Meio urbano (n = 5389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5918)	P
Sexo	Masculino	2.753 (51%)	239 (51%)	32 (52%)	3.024 (51,1%)	0,998
	Feminino	2.635 (49%)	229 (49%)	29 (47%)	2.893 (48,9%)	
	Ignorado	1 (0,01%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,01%)	

Legenda:

n número da amostra;

* Dado apresentado em média ± desvio padrão;

a - Diferença significativa quando comparado ao meio urbano (P < 0,05);

b - Diferença significativa quando comparado ao meio rural (P < 0,05);

c - Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Quadro 2 - Perfil do sexo, peso ao nascer e período gestacional, conforme o ambiente de vivência materno, no município de Chapecó/SC, 2014

		Meio urbano (n = 5389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5918)	P
Período gestacional	Menos de 22 sem	3 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0%)	0,037
	De 22 a 27 sem	30 (1%)	1 (0,2%)	0 (0%)	31 (1%)	
	De 28 a 31 sem	47 (1%)	5 (1%)	0 (0%)	52 (1%)	
	De 32 a 36 sem	423 (8%)	38 (8%)	11 (18%)	472 (8%)	
	De 37 a 41 sem	4.789 (88,9%)	411 (87,8%)	48 (78,7%)	5.248 (88,7%)	
	42 e mais sem	85 (1,6%)	13 (2,8%)	2 (3,3%)	100 (1,7%)	
	Em branco	12 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (0,2%)	
Peso ao nascer (g)	Peso adequado	4.693 (87,1%)	415 (88,7%)	57 (93,4%)	5.165 (87,3%)	0,421
	Baixo peso	504 (9,3%)	38 (8,1%)	4 (6,6%)	546 (9,2%)	
	Alto peso	192 (3,6%)	15 (3,2%)	0 (0%)	207 (3,5%)	
Peso ao nascer* (g)		3.129±532	3.135±516	3.119±398	3.130±529	0,963
Apgar 1º minuto*		8,5±1,15 ^b	8,35±1,21 ^a	8,43±1,38	8,49±1,16	0,030
Apgar 5º minuto*		9,27±0,91	9,23±0,76	9,03±1,34	9,27±0,90	0,078
Dano neurológico Apgar 5ºminuto	Dano grave	28 (0,5%)	0 (0%)	1 (2%)	29 (0,5%)	0,339
	Dano moderado	31 (1%)	5 (1%)	0 (0%)	36 (0,6%)	
	Dano discreto	79 (1%)	9 (2%)	1 (2%)	89 (1,5%)	
	Sem dano/asfixia	5.251 (97%)	454 (97%)	59 (97%)	5.764 (97,4%)	

Legenda:

n número da amostra;

* Dado apresentado em média ± desvio padrão;

a - Diferença significativa quando comparado ao meio urbano (P < 0,05);

b - Diferença significativa quando comparado ao meio rural (P < 0,05);

c - Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Quadro 2 - Perfil do sexo, peso ao nascer e período gestacional, conforme o ambiente de vivência materno, no município de Chapecó/SC, 2014

		Meio urbano (n = 5389)	Meio rural (n = 468)	Meio rural indígena (n = 61)	Total (n = 5918)	P
Anomalia / Defeito congênito	Sim	72 (1%)	5 (1%)	0 (0%)	77 (1,3%)	0,638
	Não	5.285 (98%)	462 (99%)	61 (100%)	5.808 (98,1%)	
	Ignorado	32 (1%)	1 (0,2%)	0 (0%)	33 (0,6%)	

Legenda:

n número da amostra;

* Dado apresentado em média ± desvio padrão;

a - Diferença significativa quando comparado ao meio urbano (P < 0,05);

b - Diferença significativa quando comparado ao meio rural (P < 0,05);

c - Diferença significativa quando comparado com o meio rural indígena.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Em relação ao período gestacional na hora do parto (maturação do concepto), constatou-se que 88,7% das gestantes (n = 5.248) tiveram seus recém-nascidos no período “a termo”, ou seja, entre 37 e 41 semanas e 6 dias de gestação; 9,4% delas (n = 558) tiveram recém-nascidos prematuros (com até 36 semanas e 6 dias de gestação) e 1,7% (n = 100) tiveram recém-nascidos pós-termo (acima de 42 semanas de gestação). Na estratificação pelo ambiente de vivência materno, observou-se que 9,3% dos recém-nascidos das gestantes que vivem no meio urbano foram prematuros. Já no caso das gestantes que residem no meio rural, esse índice foi de 9,4% e, no das gestantes que vivem no meio rural indígena, ele chegou a 18%.

Quando se trata do peso ao nascer, constatou-se que, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), os recém-nascidos de 87,3% das gestantes (n = 5.165) nasceram com peso adequado, ou seja, entre 2.500 g e 3.999 g. No entanto, os de 9,2% delas (n = 546) tiveram peso baixo ao nascer - até 2.499 g, enquanto os de 3,5% (n = 207) nasceram com mais de 4.000 g, o que é considerado um peso alto. Ao estratificar o ambiente de vivência materno, observou-se que 87,1% dos recém-nascidos das gestantes que vivem no meio urbano nasceram com peso adequado. No meio rural, esse percentual foi de 88,7% e, no meio rural indígena, chegou a 93,4%.

Em relação ao teste de Apgar no 5º minuto (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), observou-se que 97,4% (n = 5.764) dos recém-nascidos evoluíram e alcançaram no 5º minuto a pontuação de ≥ 8 que, de acordo com o boletim de Apgar, significa sem aparente dano neurológico/asfixia perinatal. Ao estratificar as gestantes em relação ao ambiente de vivência, constatou-se que esse percentual foi preservado.

Quanto à ocorrência de anomalias e/ou defeitos congênitos, foi possível observar que 98,1% (n = 5.808) dos recém-nascidos não apresentaram defeitos congênitos ao nascer. Ao estratificar as gestantes em relação ao ambiente de vivência, observou-se que esse percentual se manteve. No entanto, cabe lembrar que em 33 (0,6%) casos, esse campo específico da DNV não foi preenchido.

Discussão

Os resultados desse estudo confirmam a hegemonia dos partos hospitalares, pois, em quase sua totalidade (> 99% dos partos), a ocorrência do parto se deu em ambiente hospitalar, independentemente do local de residência materna. Sobre essa questão, menciona-se que “só a partir do século XX, a medicina transformou o parto, que é um evento fisiológico, em um evento patológico, que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico”¹². Entretanto, cabe lembrar, vem-se observando atualmente o surgimento e criação de iniciativas para mudança dessa perspectiva, como apontado no artigo mencionado de Crizóstomo, Nery e Luz¹² e no filme “O Renascimento do parto”¹³. Medeiros, Santos e Silva¹⁴ estudaram a vivência de mulheres que escolheram realizar parto domiciliar assistido por enfermeira obstetra, evidenciando que o vínculo entre o profissional de saúde e sua cliente, bem como o respeito por suas escolhas, expectativas e cultura proporcionaram segurança e confiabilidade a essas mulheres.

Em relação à faixa etária materna, a pesquisa em que se baseia este artigo evidenciou que a gestação na adolescência (considerada de 10 a 19 anos de idade) ocorreu em 14,8% das gestações do meio urbano, em 22,2% do meio rural e em 44,3% do meio rural indígena. Isso mostra que, proporcionalmente em relação ao meio urbano, no ambiente rural do município em estudo, o risco de gestar na adolescência é cerca de uma vez e meia maior e, no meio rural indígena, aproximadamente três vezes maior. Além disso, ao substratificar a adolescência em duas faixas etárias (10 a 14 anos e 15 a 19 anos), observou-se que o percentual de gestantes mais jovens, de acordo com o ambiente de vivência materno, foi de 1% no meio urbano, 2% no meio rural e 7% no meio rural indígena, indicando que o risco de gestação em adolescentes muito jovens na população rural indígena é sete vezes maior que na população urbana.

Uma indagação proposta sobre a alta taxa de gestação em idade precoce (10 a 14 anos) na população rural indígena é descobrir o peso do fator cultural, uma vez que se sabe que ela tem arraigada em sua cultura a precocidade no casamento e na gestação com finalidade de constituir família. Ao contrário, no caso da população que vive no meio urbano, esse fator pode ser interpretado como pedofilia e violência, pois, conforme a legislação vigente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e Adolescente), o ato sexual antes dos 14 anos de idade é considerado como violência¹⁵.

Sabe-se que as recentes transformações socioculturais tanto no âmbito nacional quanto mundial propiciam um ‘precoce’ início da vida sexual, e que a maternidade na adolescência é um evento bem preocupante, pois transcende os aspectos clínicos; fatores sociais, econômicos e culturais também interagem, causando impacto no estado de saúde tanto materno quanto neonatal¹⁶. Desse modo, “[...] é consenso entre os pesquisadores do tema que a gravidez na adolescência precoce (< 16 anos), requer especial atenção para possíveis consequências prejudiciais à saúde materna e fetal”¹⁷.

A pesquisa Nascer no Brasil¹⁸, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, com a participação de um grande número de instituições científicas do país, realizou um inquérito nacional sobre parto e nascimento e revelou que as adolescentes entrevistadas naquele estudo apresentaram um perfil bastante desfavorável em relação às gestantes adultas. Mais de dois terços das gestantes adolescentes estavam em atraso escolar ou fora da escola, pertencendo às classes sociais mais baixas, além de apresentar desvantagens relacionadas com o acesso ao pré-natal e com o número de consultas realizadas. Santos e colaboradores¹⁶ corroboram tal fato alegando que, entre outros fatores, a assistência pré-natal inadequada, a ausência do parceiro e a não aceitação da gestação pela família ou companheiro interferem no estado de saúde da mãe adolescente, o que pode propiciar a ocorrência de adversidades em seu recém-nascido.

No que se refere à gestação em idades mais avançadas (acima de 40 anos de idade), a pesquisa em Chapecó revela um percentual de aproximadamente 3% em todos os ambientes de vivência materno. Schupp¹⁹ evidencia que a proporção de partos nas mulheres acima de 40 anos varia de 2 a 5%. Caetano,

Netto e Manduca²⁰ também relatam que, atualmente, há uma tendência cada vez maior de gravidez a partir dos 35 anos de idade.

Em relação à escolaridade materna, constatou-se que as gestantes do meio urbano têm mais escolaridade ao compará-las com as demais populações. Acredita-se que haja um certo grau de dificuldade de acesso das mulheres residentes no meio rural ao ensino. No meio rural indígena, o menor grau de escolaridade pode ocorrer também por aspectos culturais. Cabe salientar que a baixa escolaridade facilita a ocorrência de problemas de comunicação entre as gestantes e os profissionais de saúde, o que pode ocasionar baixa adesão ao pré-natal. Silva²¹ constatou que a comunicação é um instrumento básico para o dia a dia dos profissionais de saúde, quando é fundamental o processo de compreensão e compartilhamento de mensagens entre profissional e paciente. Rozemberg²² afirma que a comunicação promove interação na sociedade, fazendo com que o compartilhamento de experiências através do diálogo seja imprescindível, sempre objetivando uma vida com mais qualidade.

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

Segundo o Guia técnico para atenção do parto culturalmente adequado do Ministério de Saúde Pública do Equador²³, de acordo com a cosmovisão indígena, a saúde deve ser vista numa perspectiva 'holística', em que o cuidado da saúde integre o cuidado do corpo, a proteção do espírito e o resguardo dos riscos emocionais. Esses aspectos são muito valorizados por esse grupo de pessoas, o que pode levar a uma menor adesão ao pré-natal ofertado pelos serviços de saúde. Os profissionais de saúde, no Brasil, que muitas vezes têm em sua formação uma visão predominantemente biomédica, tecnocrática e mecanicista da saúde, promovem um acompanhamento de saúde adequado durante a gestação, que minimiza os efeitos adversos à gestante e ao recém-nascido, sem avaliar, no entanto, a gestante numa perspectiva holística, espiritual e emocional.

Quanto ao mês do início do pré-natal (média, ver Tabela 1), evidenciou-se que gestantes do meio rural indígena tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente (por volta do 3º mês), e que as gestantes dos meios urbano e rural começam, em média, seu pré-natal por volta do 2º mês. Sabe-se da importância do acompanhamento pré-natal o mais cedo possível, tendo em vista a necessidade de realização de exames ainda no início da gestação a fim de detectar anormalidades passíveis de tratamento precoce, evitando, desta forma, danos neonatais. Além disso, quanto mais tarde se inicia o pré-natal, mais a evolução desse período gestacional pode ser desfavorável¹. Gabriel e colaboradores²⁴ reiteram que a atenção ao pré-natal é essencial para a prevenção de problemas neonatais e destacam a importância do correto preenchimento desses dados no sistema para identificação de grupos vulneráveis.

Verificou-se também um número elevado de cesáreas (65,5% na população geral do estudo), como a tendência já apontada no estudo Nascer no Brasil ao constatar que a proporção nacional de cesarianas tinha sido de 52% e mostrar que ela quase quadruplicara, passando de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010¹⁸. Aquele estudo sugere que esse fato pode estar relacionado à precariedade de orientações no período pré-natal, momento em que a mulher tem a oportunidade de obter informações sobre o parto vaginal e conhecê-lo como via recomendada, pois facilita a sua recuperação pós-parto, além de ser menos invasivo. Há evidências de que, no parto cesariana, não ocorre uma diminuição sistemática e contínua

da morbimortalidade perinatal e que traumatismos fetais também ocorrem, em especial em casos de prematuros. O parto normal é o vaginal, que é mais ‘seguro’ para a mulher e para a criança¹³.

No que tange à via de parto, este estudo identificou que gestantes do meio urbano são as que menos realizaram parto vaginal (33,2%), comparadas aos 45,5% do meio rural e aos 65,5% do meio rural indígena. Estes dados indicam que a possibilidade de nascer de parto vaginal em gestantes que vivem no meio rural é uma vez e meia maior e no meio rural indígena duas vezes maior, quando comparadas com as do meio urbano. O estudo Nascer no Brasil revelou que, no Brasil, 48% dos nascimentos ocorrem de parto vaginal (com ou sem intervenção associada)¹⁸. Observa-se também que muitas vezes está presente o fator “autonomia da mãe” na hora de escolha da via de parto, pois a pesquisa Nascer no Brasil identificou que quase 70% das gestantes desejavam parto vaginal no início da gravidez, mas poucas foram apoiadas para fazerem essa opção. Embora a preferência inicial pelo vaginal fosse maior, foi constatado que, ao longo da gravidez, houve uma mudança de decisão em relação ao tipo de parto, que não pode ser explicada pela ocorrência de problemas e complicações. Isso sugere que a orientação no pré-natal pode estar induzindo à maior aceitação da cesariana. Cardoso e Barbosa²⁵ também observaram que as gestantes que têm mais escolaridade optam pela escolha da via de parto cesariana.

Em relação ao sexo dos conceptos na população estudada, como relatado anteriormente, predominou o número de bebês do sexo masculino (cerca de 51%), sem diferença entre as populações estratificadas pelo ambiente de vivência.

Sobre a idade gestacional à época do parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁶ define como parto pré-termo (prematuridade) aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 258 dias após o primeiro dia da última menstruação. Cloherty e pesquisadores²⁷ constataram que a prematuridade ocorreu em 9,4% dos nascimentos por eles estudados. Quanto ao estudo em que se baseia este artigo, ao estratificar segundo o ambiente de vivência materno, a proporção de recém-nascidos prematuros é de 9,3% nas gestações do meio urbano, de 9,4% nas do meio rural e de 18% nas do meio rural indígena. Isso revela que a taxa de partos prematuros é proporcionalmente bem maior no meio rural indígena. No entanto, esses nascimentos prematuros nessa população não ocorreram nas gestantes de menor idade, ou seja, não se observou, nesse grupo de pessoas, uma possível associação de gestação na adolescência com prematuridade, associação esta observada em outros estudos^{8,29,16}.

Em relação à média de peso ao nascer, os recém-nascidos prematuros e de baixo peso representam, entre a população neonatal, os grupos mais vulneráveis ao óbito³⁰. Neste estudo, foi bastante semelhante ao que ocorreu nas três populações estratificadas (em média, 3.130 g ± 529 g). Também ao se estratificar o peso conforme a classificação utilizada pela OMS (baixo peso se inferior a 2.500 g, alto peso se superior a 4.000 g, e peso adequado se estiver entre 2.500 g e 4.000 g), 9,2% do total (exceto no grupo rural indígena) das crianças nasceram com baixo peso e 3% com alto peso, ocorrência não vista no grupo rural indígena.

Cabe apontar que, apesar da ocorrência de recém-nascidos de baixo peso na população rural indígena ter sido de 6,6%, a proporção de prematuros nessa mesma população foi de 18%. Essa ‘incongruência’ entre a ocorrência de prematuridade com o peso adequado ao nascimento leva a indagar os motivos que levam a isso: em primeiro lugar, por que esses recém-nascidos, mesmo apresentando bom ganho ponderal durante a evolução gestacional, ainda assim nasceram antes da data prevista do parto; em segundo, se a razão para tal incongruência estaria na possibilidade de estar ocorrendo o que se relata como ‘viés de memória’³¹, que seria associado a poucas consultas e a possíveis erros de aferição decorrentes de exames de imagem (como ultrassonografias) realizados mais tardiamente; assim, ocorreriam ‘erros’ de cálculo gestacional devido a problemas de lembranças (memória) sobre o ciclo menstrual e o início da gestação³².

No que tange ao boletim de Apgar no 5^o minuto (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), evidenciou-se que 97,4% dos recém-nascidos estudados na pesquisa em pauta tiveram pontuação ≥ 8 no 5^o minuto, ou seja, revelaram não ter dano neurológico/

asfixia, independentemente do meio de vivência materno. Esse dado ajuda a ver que, tendo em vista a predominância dos partos institucionais hospitalares, o recém-nascido é bem assistido em seu nascimento, ou seja, caso necessárias medidas de reanimação em sala de parto, elas são prontamente realizadas, de tal modo que a chance de dano neurológico causado pela asfixia neonatal é minimizada²⁷.

Sobre a presença de anomalias-defeitos congênitos, na população estudada, em quase sua totalidade (98% dos nascimentos), não foram constatados defeitos congênitos dos conceptos, nem reveladas diferenças entre as populações estratificadas pelo ambiente de vivência.

Por fim, o Sinasc, para o município de Chapecó, mostrou representar uma fidedigna fonte de informação sobre dados relativos ao perfil epidemiológico da população materno-infantil considerando, especialmente, que dos 5.931 registros do período estudado, foi possível analisar 99,78% deles.

Considerações finais

Os resultados apresentados neste artigo evidenciam que, em Chapecó/SC, município-polo da região oeste catarinense, e referência em saúde para aquela região, no período de julho de 2011 a junho de 2013, o perfil dos nascidos vivos pode ser assim sintetizado: a) a quase totalidade dos partos ocorreu em ambiente hospitalar; b) houve discreta predominância de neonatos do sexo masculino; c) a gestação na adolescência (considerada neste estudo até 19 anos de idade) ocorreu em 14,8% dos casos do meio urbano, em 22,2% no meio rural e em 44,3% no meio rural indígena; d) houve um percentual elevado de mães adolescentes precoces (até 14 anos de idade) no meio rural indígena; e) a assistência de pré-natal mostrou-se acessível, sendo que 80% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, com diferença importante na população rural indígena; f) os nascidos vivos a termo predominaram (88,7%); g) o percentual de prematuridade foi bem mais acentuado nas gestantes do meio rural indígena; h) recém-nascidos de baixo peso ocorreram em aproximadamente 9,2% dos nascimentos, sem diferença entre os ambientes de vivência materno, a não ser no meio rural indígena (6,6%).

O parto cesariana nessa região geográfica supera, no período estudado, o parto vaginal, em uma proporção próxima ao dobro, com exceção das gestantes do ambiente rural indígena, que realizaram mais parto vaginal. Esse fato pode estar associado a fatores de ordem cultural e econômica. Cabe ressaltar que a incidência de parto cesariana, no meio urbano principalmente, extrapola a preconizada pela Organização Mundial de Saúde, podendo se caracterizar como um problema de saúde pública.

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

Desse modo, sugere-se o desenvolvimento de estudos nessa área, especialmente voltados para a população rural indígena, que evidenciou dados relacionados ao processo de nascimento com marcantes diferenças (principalmente na taxa de prematuridade) em relação à população residente nos ambientes urbano e rural (não indígena) dessa região.

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

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2006. 163 p.
2. Paiva NS, Coeli CM, Moreno AB, Guimarães RM, Camargo Júnior KR. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 [citado em 2016 Mar 16] ; 16(Suppl 1): 1211-1220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700053&lng=pt.http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700053.
3. Carniel EF, Antonio MARGM, Lima e Mota MRM, Morcillo AM, Zanolli ML. A "Declaração de Nascido Vivo" como orientadora de ações de saúde em nível local. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2003 Jun [citado 2016 Mar 17] ; 3(2): 165-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000200006&lng=pt.%20http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000200006.
4. Nhoncane GC, Melo DG. Confiabilidade da Declaração de Nascido Vivo como fonte de informação sobre os defeitos congênitos no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Apr [citado 2016 Mar 17] ; 17(4): 955-963. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400017&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400017.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010. 302 p.
6. Rouquayrol MZ, Gurgel M. Epidemiologia & Saúde. 7a ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. 736 p.
7. Guimarães CS, Rizzotto MLF. Análise do perfil epidemiológico e uso de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos no Município de Cascavel-PR. In: Anais da 3ª Mostra de trabalhos em saúde pública; 5-6 nov 2009; Cascavel, Brasil [Internet]. [citado 01 jul 2014]. Disponível em: http://cac.php.unioeste.br/eventos/saudepublica/poster/analise_perfil_epidemiologico_uso_dados.pdf.
8. Rodrigues KSF, Zagonel IPS. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 Sep [citado 2016 Mar 17]; 14(3): 534-542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300015&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300015
9. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995. 596 p.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população para 1 de julho de 2014. [citado 14 Mar 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm
11. Fundação Nacional do Índio. Índios no Brasil. [citado Jan 2015]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>.
12. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc. Anna Nery [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Mar 17] ; 11(1): 98-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=pt.http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100014.
13. Chauvet E, Bretz EP. O renascimento do parto. Direção:. Roteiro: Filmes Distribuidora e Produtora Ltda; Chauvet Filmes. 2013; 1 DVD (90min), son.color.
14. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. Esc. Anna Nery [Internet]. 2008 Dez [citado 2016 Mar 17] ; 12(4): 765-772. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400022&lng=pt.http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400022.
15. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 13 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
16. Santos NLAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Mar 17] ; 19(3): 719-726. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320140003000719&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013.

17. Santos NLAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 Mar 17]; 19(3): 719-726. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300719&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013.
18. Leal MC, Gama SGN. (editoras convidadas). Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Cad Saúde Pública. 2014;30(suplemento2014): S1-S231.
19. Schupp TR. Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos. São Paulo: USP; 2006.
20. Caetano LC, Netto L, Manduca NL. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Min. Enferm. 2011; 15(4): 579-587.
21. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2008.
22. Rozemberg B. Comunicação e participação em Saúde. In: Campos GWS et al.(orgs) Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 795-825.
23. Equador, Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. Quito: Editora do Ministerio de Salud, 2008. 64 p.
24. Gabriel GP et al. Evaluation of Data on Live Birth Certificates from the Information System on Live Births (SINASC) in Campinas, São Paulo, 2009. Rev Paul Pediatr. 2014; 32(3):183–188.
25. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2012; 22(1): 35-52.
26. Organização Mundial de Saúde, OMS. Necessidades de salud de los adolescentes. Informe de un Comité de Expertos de La OMS. Genebra: OMS, 1997. 55p.
27. Cloherty JP et al. Manual of Neonatal Care. 7. ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2012. 1024 p.
28. Klein JD. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Pediatrics. 2005; 116(1): 281-286.
29. Martins MG et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(11): 354-60.
30. Carneiro JA et al. Fatores de risco para a mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Paul Pediatr, 2012; 30(3):369-76.
31. Medronho RA et al. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 676 p.
32. Callen PW. Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1256 p.