

PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PARANÁ NO ANO DE 2012 E SUA RELAÇÃO COM OS INDICADORES BRASILEIROS, UM ESTUDO TRANSVERSAL

RASMUSSEM, Andressa Sbrussi¹
GRIEP, Rubens²

RESUMO

Esse artigo busca identificar o perfil dos nascidos vivos no município de Cascavel-PR no ano de 2012, com base nos critérios para a classificação do risco ao nascer adotado pelo sistema de vigilância de recém-natos implantado pela Secretaria de Saúde. Foram analisadas todas as Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) do ano de 2012, confrontando os achados com os critérios para classificação do risco ao nascer, quantificando e estratificando os recém-natos de acordo com os critérios de risco observados, correlacionando os resultados com o perfil de nascimentos no Brasil. Dos 4.451 nascidos vivos de mães residentes em Cascavel no ano de 2012, 1.721 (38,66%) apresentavam critério de risco positivo ao nascer, dentre estes, 376 (8,44%) nasceram com peso inferior a 2.500g, 211 (4,74%) nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas, 29 (0,65%) obtiveram índice de APGAR menor que 7 no 5º minuto, 106 (2,38%) foram de gestação múltipla, 25 (0,56%) nasceram com algum tipo de mal formação, 849 (19,07%) foram filhos de mães com idade inferior a 20 ou superior a 40 anos, 138 (3,10%) nasceram de mães com nível de escolaridade inferior a 3 anos e 652 (14,64%) das mães realizaram menos de 6 consultas pré-natal. Tomando como base esse estudo, podemos verificar que a cidade de Cascavel-PR apresenta melhores índices, em relação aos riscos dos recém-natos, quando comparado com o restante do país.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de informação. Assistência neonatal. Risco ao nascer.

PROFILE OF BORN ALIVE IN CASCAVEL-PARANA IN THE YEAR 2012 AND ITS RELATIONSHIP WITH WINDOWS BRAZILIAN, A STUDY CROSS

ABSTRACT

This article seeks to identify the profile of live births in Cascavel - PR in 2012, based on criteria for the classification of risk adopted at birth by the surveillance of newborns system deployed by the Department of Health were analyzed all Live Birth Certificates (LBCs) of the year 2012, comparing the findings with the criteria for risk birth, quantifying and stratifying newborns according to the risk criteria observed, correlating the results with the listing of births in Brazil. Of the 4,451 live births to mothers resident in Cascavel in 2012, 1,721 (38.66 %) had positive risk criterion birth, of these, 376 (8.44%) were born weighing less than 2,500 g, 211 (4.74%) were born with gestational age less than 37 weeks, 29 (0.65%) had APGAR score less than 7 at 5 minutes, 106 (2.38%) were multi, 25 gestation (0.56 %) were born with some kind of malformation, 849 (19.07%) were born to mothers with less than 20 or greater than 40 years old 138 (3.10%) were born to mothers with lower level of education and 3 years and 652 (14.64 %) of the mothers had less than 6 prenatal visits. Based on this study, we found that the city of Cascavel-PR has better rates, relative risks of newborns, when compared with the rest of the country.

KEYWORDS: Information Systems. Neonatal care. Risk at birth.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde do recém-nascido tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, tendo em vista que o período neonatal é um momento de grande vulnerabilidade, onde concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde.

Nas últimas décadas houve um decréscimo na mortalidade infantil, porém os números continuam muito elevados, atingindo 23,6 em cada mil nascimentos ocorridos no Brasil, sendo que a maioria dos óbitos poderiam ser evitados (ONU BR, 2013).

Para diminuir esses números e promover melhoria na qualidade da saúde, várias ações têm sido tomadas, buscando conhecer os riscos a que essas crianças estão expostas e adotando medidas para a melhoria dos cuidados. Dentre essas medidas, destaca-se o programa de vigilância ao recém-nato de risco.

Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo analisar as Declarações de Nascidos Vivos no município de Cascavel-PR, no ano de 2012, e por meio destas, conhecer o perfil dos nascimentos, baseando-se nos critérios para classificação de risco ao nascer, adotado pelo sistema de vigilância de recém-natos e implantados pela Secretaria da Saúde, confrontando os achados com o perfil de nascimento no Brasil.

Para tomarmos medidas intervencionistas, buscando a prevenção e a correção de eventuais cuidados errôneos ao recém-nascido, precisamos estar cientes da real situação de risco que as crianças estão expostas, assim conseguiremos responder se a cidade de Cascavel-PR apresenta índices e riscos, em relação ao perfil dos recém-natos, semelhantes ao restante do país.

Sabemos que os cuidados durante a gestação, a vigilância precoce e a visita ao recém-nascido são fundamentais para ter o conhecimento e domínio das condições de nascimento e de morte das crianças brasileiras, sendo indispensável para definir planos e metas nos serviços de saúde. Do mesmo modo, ter uma excelente qualidade nesses serviços é essencial para planejar uma assistência adequada à gestante e ao recém-nascido.

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail dessamissys@hotmail.com.

² Professor Orientador, Docente do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail rgriep@gmail.com.

Portanto, é de extrema importância conhecer, traçar e avaliar o perfil dos nascidos vivos da cidade de Cascavel-PR durante o ano de 2012. Tais dados contribuirão com o sistema de saúde do município citado, ajudando a identificar os riscos que os recém-natos estão expostos, possibilitando assim, definir planos e estratégias para melhorar, cada vez mais, o modo de intervenção da prevenção e consequentemente, a saúde das crianças.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza exploratória, com delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa referente ao perfil dos nascidos vivos no município de Cascavel-PR no ano de 2012 e sua relação com os indicadores brasileiros. A população constituiu-se de 4.451 nascimentos ocorridos entre às 0 horas do dia 01 de janeiro até às 23h59min. do dia 31 de dezembro de 2012, filhos de mães residentes em Cascavel. A pesquisa foi desenvolvida junto ao Programa Ninar, vinculado ao Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI) da Secretaria de Saúde do município de Cascavel-PR.

Foram excluídos da pesquisa os óbitos fetais e natimortos, mesmo que ocorridos dentro do período estabelecido para pesquisa, também não fizeram parte os nascimentos ocorridos em Cascavel-PR de mães residentes em outros municípios e os nascimentos ocorridos em outros municípios de mães residentes em Cascavel-PR.

A variável dependente do estudo foi a ocorrência do nascimento a partir das 0 horas do dia 01 de janeiro até às 23h59min. do dia 31 de dezembro de 2012 e as variáveis de exposição: peso ao nascer (menor que 2.500 gramas); índice de Apgar no quinto minuto de vida (menor que 7); tipo de gravidez (única e múltipla); duração da gestação (menor que 37 semanas); número de consultas pré-natal (menor do que 6 consultas); grau de instrução da mãe (menor do que 3 anos de estudo); idade materna (menos de 20 anos e mais de 40 anos); presença de mal-formações congênitas e etnia materna (indígena). Não foi possível a coleta de dados relacionados às seguintes variáveis, considerando-se a inconsistência dos dados na DNV: Mãe com pelo menos 3 filhos vivos e < de 20 anos; recém-nato com intercorrências neonatais e gestação explicitamente indesejada.

Os referenciais da bioética, preconizados na resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram considerados nesse estudo, tendo sido obtido o consentimento do então Secretário de Saúde do município de Cascavel-PR e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz.

3 RESULTADOS

Após o levantamento dos dados, observou-se que durante o ano de 2012, nasceram 5.826 crianças no município de Cascavel-PR, sendo que destas, 4.451 filhos de mães residentes no município de ocorrência e 1.375 residentes em outros municípios. Todas elas tiveram seus dados preenchidos na Declaração de Nascido Vivo (DNV) e desta maneira, tornou-se possível traçar o perfil desses recém-natos.

Dos 4.451 recém-nascidos, 1.721 (38,66%) apresentavam um ou mais critérios de risco ao nascer. Dentre todos os recém-natos, 376 (8,44%) nasceram com peso inferior a 2.500g; 211 (4,74%) nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas; 29 (0,65%) obtiveram índice de APGAR menor que 7 no 5º minuto; 106 (2,38%) foram gestação múltipla; 25 (0,56%) nasceram com algum tipo de mal formação; 849 (19,07%) foram filhos de mães com idade inferior a 20 ou superior a 40 anos; 138 (3,10%) nasceram de mães com nível de escolaridade inferior a 3 anos e 652 (14,64%) das mães realizaram menos de 6 consultas durante o pré-natal.

Não foi constatado nenhum filho de mãe indígena, assim como nenhum recém-nato de mãe com menos de 20 anos com pelo menos 3 filhos vivos. Os outros dois critérios de risco ao nascer utilizados pelo Programa Ninar para a vigilância do recém-nato (permanecer internado após o nascimento e gestação explicitamente indesejada) não foram avaliados uma vez que estas informações não constam na DNV, impossibilitando a coleta de dados.

Tabela 1 - Resultados da análise dos riscos apresentados pelos recém-natos segundo variáveis da Declaração de Nascido Vivo, Cascavel-PR, 2012.

Variáveis	Nascidos Vivos (N= 4.451)	% (N= 4.451)
Peso ao nascer		
< 2.500 gramas	376	8,44%
≥ 2.500 gramas	4.075	91,56%
Apgar 5º minuto		
< 7	29	0,65%
≥ 7	4.422	99,35%
Duração da gestação		
< 37 semanas	211	4,74%
> 37 semanas	4.240	95,26%
Tipo de gravidez		
Múltipla	106	2,38%
Única	4.345	97,62%
Consultas pré-natal		
Menos de 6	652	14,64%
Mais de 6	3.799	85,36%
Anos de estudo/mãe		
Menos de 3 anos	138	3,10%
Mais de 3 anos	4.313	96,9%
Mal-formação		
Sim	25	0,56%
Não	4.429	99,44%
Idade materna		
< 20 e/ou > 40 anos	849	19,07%
Entre 20 - 40 anos	3.602	80,93%

Quando analisamos isoladamente o impacto de cada variável em relação ao total de recém-natos com algum risco ao nascer (N= 1.721), podemos observar que os três riscos mais encontrados foram idade materna < 20 e/ou > 40 anos (49,33%), menos de 6 consultas de pré-natal (37,88%) e peso ao nascer < 2.500 gramas (21,84 %), conforme observamos na Tabela 2.

Tabela 2 - Síntese dos riscos apresentados pelos recém-natos segundo variáveis da Declaração de Nascido Vivo, Cascavel-PR, 2012.

Variáveis	Nascidos Vivos (N= 4.451)	Nascidos Vivos com Risco (N= 1.721)
Peso ao nascer		
< 2.500 gramas	376 (8,44%)	21,84 %
Apgar 5º minuto		
< 7	29 (0,65%)	1,68%
Duração da gestação		
< 37 semanas	211 (4,75%)	12,26%
Tipo de gravidez		
Múltipla	106 (2,38%)	6,15%
Consultas pré-natal		
Menos de 6	652 (14,64%)	37,88%
Anos de estudo/mãe		
Menos de 3 anos	138 (3,10%)	8,01%
Mal-formação		
Sim	25 (0,56%)	1,45%
Idade materna		
< 20 e/ou > 40 anos	849 (19,07%)	49,33%

4 DISCUSSÃO

Historicamente, a política de saúde do Brasil, sempre esteve direcionada ao grupo materno infantil. Dentro deste contexto, criaram-se vários programas específicos de saúde que evoluíram para políticas intersetoriais de atenção integral à saúde da mulher e da criança. No ano de 2004 o Ministério da Saúde desenvolveu a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a fim de esquematizar os principais objetivos a serem seguidos e obstáculos a serem superados (BRASIL, 2004).

Dessa forma, visando aprimorar a qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido, o Brasil tem firmado vários compromissos, internos e externos a fim de melhorar a qualidade dos serviços disponíveis (BRASIL, 2011a).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) garante o acesso ao bem estar das crianças brasileiras. Essa responsabilidade de cuidado e proteção não é apenas da família, mas também do Estado e da sociedade como um todo. Porém, mesmo com os avanços que já foram alcançados, os indicadores de saúde mostram que ainda há um longo trajeto a ser percorrido para que o direito integral à saúde seja garantido às crianças brasileiras, assim como foi assumido na legislação (BRASIL, 2004).

A Lei nº 6.015/1973 garantiu que o Brasil passasse a ter uma fonte de Estatística sobre Nascidos Vivos, que foi fundamentada na “Estatística de Registro Civil”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Fundação (IBGE), desse modo, o Ministério da Saúde decidiu investir num sistema que tornou possível analisar estatisticamente e executar ações básicas de saúde (SINASC, 2001).

Segundo o Departamento de Informática do SUS (2008), para alcançar o sucesso no rastreamento infantil a fim de possibilitar melhorias futuras, é de extrema importância a criação de um sistema de informação sobre nascidos vivos. Esse sistema torna possível traçar o perfil dos nascimentos em cada hospital, município e estado, podendo assim, obter as características da população, possibilitando planejar adequações nos serviços de saúde e calcular taxas de mortalidade. O documento que permite traçar esse perfil de nascimento é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), padronizada em todo território nacional (BRASIL, 2011a).

Os índices apontam uma redução na mortalidade infantil ocorrida nas últimas décadas, porém, esses números ainda são altos e a maioria dos óbitos poderiam ser evitados (BRASIL, 2009a). O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) é destinado a colher e estratificar informações sobre as características dos nascimentos, os dados da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, fornecendo esses dados para todas as instâncias do sistema de saúde, tornando possível conhecer o perfil dos nascidos vivos, como as condições de vitalidade, o peso ao nascer, prematuridade, idade materna, entre outros. Mais de 90% de todos os nascimentos ocorridos no país é registrado pelo SINASC, e o preenchimento das guias geralmente é adequado (BRASIL, 2001).

Baseando-se na análise das estatísticas, quando observamos os extremos de idade materna, verifica-se que a proporção de mães adolescentes vem diminuindo no Brasil, porém, os valores ainda são expressivos (20,4% em 2008), onde a maioria concentra-se na região Norte (27,2%) e a minoria na Sudeste (17,0%). Houve um pequeno aumento na proporção de mães com idade superior a 35 anos, de 8,1% em 1997, para 9,9% em 2008 (BRASIL, 2009b; 2011a).

Confirmando esses dados, Santos (2000), revela que um milhão de adolescentes engravidam por ano no Brasil, isso corresponde a 20% de todos os nascidos vivos, comprovando que, cada vez mais, cresce o número de partos de meninas adolescentes.

Quando comparamos esse fator de risco com os números encontrados em Cascavel-PR, observamos que 19,07% das crianças que nasceram em 2012 foram filhos de mães com menos de 20 anos e/ou mais de 40 anos, estando esse município com uma porcentagem menor que a encontrada no país (20,5%) para o agrupado destas faixas etárias (IBGE, 2010).

Outro fator de risco extremamente importante para a sobrevivência infantil e indicador da condição socioeconômica é a escolaridade materna. Dados mostram que 40% das mães no ano de 2008 tinham menos de 8 anos de estudo, variando entre 39% na região Nordeste e 28% na Sudeste, revelando as desigualdades sociais que existem no Brasil (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde considera-se baixa escolaridade materna, menos de 8 anos de estudo, porém, em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná definiu como prioritário para o estado a vigilância de recém-natos filhos de mães com menos de três anos de estudo. Dentro desta perspectiva, no município de Cascavel-PR o índice encontrado foi de 3,10%.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) afirma que a prematuridade é a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que, no ano de 2010, nasceram em nosso país 15 milhões de crianças prematuras (abaixo de 37 semanas de gestação), estando o Brasil na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros. Durante o ano de 2008, 6,7% dos nascidos vivos foram pré-termo, variando entre 7,7 e 4,8% nas regiões Sudeste e Norte, respectivamente (LEAL, 2011).

Confirmando esses dados e mostrando que a realidade é ainda mais complicada, um estudo publicado recentemente em Brasília, denominado “Prematuridade e suas possíveis causas”, evidenciou que a prevalência de partos

de crianças prematuras é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no País. Essa porcentagem coloca o Brasil em patamar semelhante à países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8% (ONU BR, 2013).

Em Cascavel observamos que 4,74% dos recém-nascidos tinham idade gestacional menor que 37 semanas, isso mostra que a cidade apresenta, em relação à prematuridade, melhores índices que o restante do país, estando bem distante da realidade nacional.

O fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil é o baixo peso ao nascer (< 2.500g). Os estudos apontam que as maiores taxas de recém-natos com baixo peso ao nascer são nos extremos de idade materna e está em torno de 8% no Brasil: 7,9% em 1996, 8,2% em 2007 e 9,3% em 2008. A maior prevalência se localiza no Sudeste (9,1%) e no Sul (8,7%), fator esse que pode estar relacionado com maiores taxas de cesarianas (LEAL, 2011).

O estudo também investigou a porcentagem de baixo peso das crianças ao nascer - menor de 2.500 gramas. Os dados revelaram que a percentual encontrado anteriormente se manteve estável desde 2000 até 2013, em torno de 8% do total de nascimentos. Os números encontrados no município de Cascavel-PR foram semelhantes ao restante do país, onde 8,44% dos recém-nascidos apresentavam baixo peso ao nascer.

Quando a gestante recebe um acompanhamento adequado de pré-natal, é possível identificar precocemente problemas e riscos, podendo assim, intervir de maneira eficaz, a fim de obter qualidade de vida e saúde tanto para a mãe quanto para o recém-nato. No Brasil houve um acréscimo no número de gestantes que fizeram sete ou mais consultas pré-natais, passando de 74,7% em 2006 para 80,3% em 2010, com importantes diferenças entre algumas regiões: 68% no Sul, 35% no Nordeste, 29% no Norte; 2,5% não fizeram acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2008).

Na cidade de Cascavel-PR, 85,36% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natais, estando essa média, acima da encontrada no país, ou seja, apenas 14,64% das gestantes fizeram menos de seis consultas durante a gestação.

Outro dado que consta na DNV é a malformação congênita ao nascer (MFC), e essa incidência ainda é subestimada, pois as mais graves levam a perdas fetais, já outras são de difícil diagnóstico, podendo passar despercebidas no momento do nascimento. Estudos apontam que 2 a 3% dos recém-natos nascem com algum tipo de malformação. De acordo com o SINASC, no ano de 2008 foram registrados como portadores de MFC 0,65% dos nascidos vivos, sendo 43% destes relacionados ao sistema osteomuscular (BRASIL, 2011a).

Durante o ano de 2012, 0,56% das crianças que nasceram em nosso município apresentavam algum tipo de malformação congênita, estando esse índice, semelhante ao restante do país.

De acordo com o IBGE (2013), dados da pesquisa do Registro Civil 2010, demonstram que a proporção de brasileiros nascidos de partos múltiplos passou de 1,59% em 2003 para 1,86% do total de partos em 2010. Ou seja, a cada ano, nascem mais de 51 mil múltiplos. Já na cidade de Cascavel-PR, durante o ano de 2012, essa porcentagem foi de 2,38% de todos os partos ocorridos.

O índice de Apgar é um importante indicador de risco em relação à mortalidade perinatal. Ele revela se o recém-nato sofreu algum tipo de asfixia, sendo o método mais comumente empregado para avaliar a vitalidade e o modo que esse recém-nascido se ajustou à vida extra uterina. No município estudado, 0,65% dos recém-natos, obtiveram Apgar menor que sete no quinto minuto de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise desses dados podemos observar que a cidade de Cascavel- PR apresenta melhores índices em relação aos riscos dos recém-natos, quando comparado com o restante do país.

Dentre todos os riscos descritos nessa pesquisa, observamos que alguns deles são modificáveis e poderiam ser evitados por meio da implantação de estratégias de vigilância precoce à gestante e ao recém-nato e da qualificação permanente para todos os profissionais da atenção primária em saúde, a fim de aprimorar os cuidados prestados à comunidade.

Com intervenções efetivas e atuações oportunas, ocorreria uma inserção precoce das gestantes na rotina de pré-natal, como forma de seguimento, acompanhando essas mulheres durante todo período de gestação e puerpério, assim como a abordagem precoce do recém-nascido.

Quando a equipe de saúde intervém na população, através de campanhas com as adolescentes, buscando evitar a baixa idade materna, e quando monitora o número de consultas pré-natal, melhora a saúde da mãe e do recém-nascido e, conseqüentemente, diminui-se o número de partos prematuros e baixo peso ao nascer.

É de extrema importância que ocorra uma integração entre todos os níveis de complexidade do serviço de saúde, definindo as atribuições e responsabilidades de cada profissional. Apenas desse modo será possível garantir uma atenção integral, a fim de garantir uma assistência continuada, otimizando recursos e promovendo soluções com potencial redutor da mortalidade que possam ser evitáveis e das sequelas que possam comprometer a vida das crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. 3ª ed., Brasília (DF): Ministério da Saúde 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do Recém-Nascido: Guia para profissionais de saúde – Cuidados gerais**. Brasília (DF), Volume 1: Ministério da saúde; 2011a.
- BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente. Título II, dos direitos fundamentais – Capítulo I, do direito à vida e à saúde. Lei n° 8.069 de 13 de julho de 1990. Art. 7°**.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS): Dimensões do processo reprodutivo e as saúde da criança**. Brasília (DF): Ministério da Saúde – Centro brasileiro de análise e planejamento; 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Departamento de Análise da Situação de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informações para a saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde 2007: tema do ano: nascimentos no Brasil**. Brasília: RIPSa 2008.
- DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS: **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Ministério da Saúde; 2008.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do Registro Civil**. Ministério da Saúde; 2010.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2010/>
- LEAL, M.C.; GAMA, S. G. N.; CAMPOS, M. **Fatores associados à mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2011**.
- ONU BR. **Nações Unidas do Brasil. “Prematuridade e suas possíveis causas”**. Brasília (DF) 2013.
- SANTOS IMM, Silva LR. **Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal; 2000.
- SAÚDE BRASIL. Ministério da Saúde. **20 Anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- SINASC. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Agosto 2001.