

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CRISTIANE MARQUES LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NASCIDOS VIVOS EM PICOS**

PICOS- PI  
2014

CRISTIANE MARQUES LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NASCIDOS VIVOS EM PICOS**

Monografia submetida ao curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Edina Araújo Rodrigues Oliveira.

Eu, **Cristiane Marques Lopes**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 11 de agosto de 2014.

*Cristiane Marques Lopes*  
Assinatura

**FICHA CATALOGRÁFICA**

**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca José Albano de Macêdo**

**L864p** Lopes, Cristiane Marques.  
Perfil epidemiológico de nascidos vivos em Picos / Cristiane Marques Lopes. – 2014.  
CD-ROM : il.; 4 ¼ pol. (45 p.)  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2014.

\* Orientador(A): Profa. MSc. Edina Araújo Rodrigues Oliveira

1.Cuidado Pré-Natal. 2. Enfermagem. 3. Recém-Nascido de Baixo Peso. I. Título.

**CDD 610.736 2**

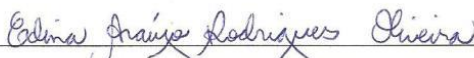
CRISTIANE MARQUES LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NASCIDOS VIVOS EM PICOS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 01/08/2014

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Ms. Edina Araújo Rodrigues Oliveira  
Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB  
Presidente da Banca



Profª. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima  
Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB  
1º. Examinador



Enfa. Anna Klara Alves da Silva  
Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Eliseu Martins - PI  
2º. Examinador

*“Dedico essa conquista aos meus pais e a meu esposo que sempre me incentivaram e estiveram presente em cada momento dessa caminhada. Amo vocês.”*

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a *Deus*, que sempre me iluminou e mostrou o caminho certo, permitindo desta forma alcançar mais uma vitória. Ao meu esposo *Erik Rodarte Lopes* que amo incondicionalmente por tudo que me proporciona e por me ajudar a conquistar mais esta vitória em minha vida, sem o seu apoio eu não conseguiria. Ao meu pai que tanto amo *José Braz Marques* que sempre exigiu e incentivou meus estudos e é o maior responsável por esta conquista. A minha amada mãe *Euclídia de Jesus* que sempre me apoiou com suas orações nos momentos difíceis. Aos meus queridos irmãos *Bruno Alves Marques e Rodnei Alves Marques* que sempre me incentivaram a estudar. O meu agradecimento é pequeno em relação ao que vocês representam em minha vida. Cada um tem um grande significado na minha vida, essa conquista também é de vocês. E não poderia esquecer a minha querida amiga *Valdenici Firmo Aguiar* que sempre me acalmava nos momentos de stress e me ajudou muito nos estudos. Aprendi muito com você amiga e jamais vou esquecê-la. À minha orientadora *Edina Araújo Rodrigues Oliveira* por todos os ensinamentos e paciência, sempre muito atenciosa e dedicada. À professora *Luisa Helena de Oliveira Lima* pela oportunidade e confiança que me deu para trabalhar em seu projeto. Aos queridos professores da Universidade Federal do Piauí que tive a honra de ser aluna, muito obrigado pelos ensinamentos.

**A TODOS VOCÊS MEU MUITO OBRIGADO!**

## RESUMO

A busca por características epidemiológicas dos recém-nascidos pode trazer contribuições para a compreensão da mortalidade neonatal de nascimentos de baixo peso, pois proporciona o conhecimento da heterogeneidade das condições de vida, das características maternas, da gestação, além de acesso à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido existente no município. Assim poderão ser identificados pontos necessários de atenção a fim de potencializar a intervenção durante o pré-natal na prevenção do nascimento de baixo peso. O presente estudo teve por objetivo geral investigar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos do município de Picos-PI. Trata-se de um estudo documental retrospectivo descritivo. Os dados foram coletados na Vigilância Epidemiológica do município de Picos-PI. A pesquisa foi desenvolvida no período entre Outubro de 2013 à Agosto de 2014. A população foi composta por 1905 crianças nascidas vivas no período de Janeiro de 2012 à Dezembro de 2013. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário do tipo checklist baseado na Declaração de Nascido Vivo. Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foram obedecidas as normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. Os resultados obtidos foram os seguintes: houve predomínio de neonatos do sexo masculino; a quase totalidade dos partos ocorreu em ambiente hospitalar; o percentual de baixo peso ao nascer foi menor em relação a outros estudos realizados no Brasil; a escolaridade máxima das mães foi nível médio; sendo que a maioria era lavradora ou dona de casa; a idade mediana das mães foi 25 anos; a maioria era casada e vivia em companhia do esposo; o parto cesáreo foi predominante em relação ao parto vaginal; a maioria dos neonatos nasceu a termo; com relação ao número de consulta pré-natal, 50% das mães realizaram até no máximo sete consultas, sendo que a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e houve predominância de partos assistidos por médicos. Conclui-se que a divulgação dos resultados deste trabalho para os enfermeiros e profissionais de saúde que realizam a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido é importante para subsidiar o conhecimento da clientela e para a elaboração de programas de saúde que atendam ao perfil de usuárias e dos recém-nascidos evidenciado nos dados.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal. Enfermagem. Recém-nascido de baixo peso.

## ABSTRACT

The search for epidemiological characteristics of newborns should contribute to the understanding of low birth weight neonatal mortality; it provides knowledge of the heterogeneity of living conditions, maternal characteristics, pregnancy, and access to prenatal care, childbirth and newborn existing in the municipality. So necessary points of attention could be identified in order to enhance the intervention during the prenatal prevention of low birth weight. The present study had the main objective to investigate the epidemiological profile of live births in the city of Picos-PI. This is a descriptive study retrospective documentary. Data were collected in the municipality of Epidemiological Surveillance Picos-PI. The research was conducted in the period from October 2013 to August 2014. S Population consisted of 1905 children born from January 2012 to December 2013. To collect data a form of checklist-based type was used on certificates of live birth. Data were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Ethical standards for research involving human subjects were followed. The results obtained were as follows: there was a predominance of male newborns; almost all births occurred in hospitals; the percentage of low birth weight was lower compared to other studies conducted in Brazil; the highest maternal education level was medium; most of which was peasant or housewife; the median age of mothers was 25 years; most were married and lived in the company of her husband; Cesarean delivery was predominant compared to vaginal delivery; most neonates born at term; with respect to the number of prenatal visits, 50% of the mothers had up to a maximum seven visits, and the majority began prenatal care in the first trimester of pregnancy and there was a predominance of births attended by physicians. We conclude that the disclosure of the results of this work for nurses and health care professionals who perform prenatal, delivery, postpartum and newborn care is important to support knowledge of customers and the development of health programs that meet the users and the data shown in newborns profile.

**Keywords:** Prenatal care. Nursing. Newborn underweight.



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b>	Distribuição do índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida. Picos, 2014. N=1905.....	23
<b>GRÁFICO 2</b>	Distribuição da ocorrência do número de parto vaginal e cesáreo. Picos, 2014. N=1905.....	26

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Distribuição dos recém-nascidos por dados do nascimento. Picos, 2014. N=1905.....	22
<b>TABELA 2</b>	Caracterização dos recém-nascidos por peso. Picos, 2014. N=1905.....	22
<b>TABELA 3</b>	Distribuição da população por dados maternos. Picos, 2014. N=1905.....	23
<b>TABELA 4</b>	Distribuição de frequência da ocupação materna. Picos, 2014. N=1905.....	24
<b>TABELA 5</b>	Distribuição das informações das gestações anteriores. Picos, 2014. N=1905.....	25
<b>TABELA 6</b>	Distribuição das informações da gestação e do parto. Picos, 2014. N=1905.....	27
<b>TABELA 7</b>	Caracterização dos recém-nascidos por idade gestacional. Picos, 2014. N=1905.....	28
<b>TABELA 8</b>	Características da relação do peso da criança ao nascimento com a cor e escolaridade materna. Picos, 2014. N=1905.....	28
<b>TABELA 9</b>	Características da relação do peso da criança ao nascimento com o tipo de gravidez, apresentação, sexo e tipo de parto. Picos, 2014. N=1905.....	29

## LISTA DE SIGLAS

BPN	Baixo Peso ao Nascer
CAAE	Certificado de Aprovação de apreciação Ética
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DUM	Data da Última Menstruação
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RNPB	Recém-nascido de Baixo Peso
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascido Vivo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específico.....	15
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
3.1 O enfermeiro e a assistência pré-natal.....	16
3.2 Fatores relacionados ao baixo peso ao nascer.....	17
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	20
4.1 Tipo de estudo.....	20
4.2 Local e período do estudo.....	20
4.3 População e amostra.....	20
4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	20
4.5 Análises dos dados.....	21
4.6 Aspectos éticos.....	21
<b>5 RESULTADOS</b> .....	23
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	31
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37
<b>APÊNDICES</b> .....	41
<b>ANEXO</b> .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da criança desde o pré-natal torna possível a detecção precoce de situações de riscos e a prevenção de complicações mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal permitindo que intervenções apropriadas sejam aplicadas, assegurando ao final da gestação o nascimento de uma criança saudável garantindo o bem estar materno e neonatal.

Um dos fatores que exerce importante influência sobre o estado de saúde de uma criança é o baixo peso ao nascer (BPN). Entre os vários fatores relacionados ao BPN destaca-se a assistência adequada durante o pré-natal e no parto na intenção de prevenir sua ocorrência e garantir condições adequadas de vitalidade no nascimento (NORONHA *et al.*, 2011).

Recém-nascido com peso inferior a 2500g tem aproximadamente 20 vezes mais risco de morrer do que recém-nascidos mais pesados. O BPN é apontado como fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal e foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como peso ao nascer inferior a 2500g (FERRAZ; NEVES, 2011).

As consequências do BPN e suas repercussões o caracterizam como um problema de saúde pública. Pesquisas revelam alguns problemas associados ao BPN como maior mortalidade infantil, risco de morrer prematuramente, hipertensão e diabetes na idade adulta, doença cardiovascular e maior morbidade como comprometimento na estatura e déficit nutricional (MAIA; SOUZA, 2010).

A busca por características epidemiológicas dos recém-nascidos pode trazer contribuições para a compreensão da mortalidade neonatal de nascimentos de baixo peso, pois proporciona o conhecimento da heterogeneidade das condições de vida, das características maternas, da gestação, além de acesso à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido existente no município. Assim poderão ser identificados pontos necessários de atenção a fim de potencializar a intervenção durante o pré-natal na prevenção do nascimento de baixo peso (FERRAZ; NEVES, 2011).

O número de consultas pré-natais é considerado um aspecto muito importante na diminuição das complicações durante a gestação e poderia influenciar diretamente o peso ao nascer do recém-nascido. Estudos revelam que no Brasil mulheres com menor escolaridade, menor renda familiar e não brancas são as que

iniciam tardiamente o pré-natal e quando o realiza, este é de baixa qualidade revelando iniquidades sociais presentes na assistência (ANVERSA *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que a assistência pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde e que compreenda no mínimo seis consultas médicas e/ou de enfermagem. Pesquisas indicam que o número de consultas inferior a quatro consultas pré-natal é fator de risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer (SILVA, 2012).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde 1971, é o órgão responsável pela coleta, processamento, análise e divulgação das estatísticas vitais com base no registro civil. Mas as informações contidas neste documento podem não apresentar a realidade dos eventos ocorridos o que pode comprometer a elaboração de indicadores demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Para garantir informações mais fidedignas à definição do perfil epidemiológico dos nascidos vivos, o Ministério da Saúde implantou, em 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MASCARENHAS; RODRIGUES; MONTE, 2006).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem como objetivo registrar todos os partos de nascidos vivos no país seja os financiados pelo SUS quanto os com financiamento privado. É um sistema com abrangência nacional com cobertura considerada elevada em todo o país (PINHEIRO *et al.*, 2012).

O documento de entrada do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos que organiza e fornece informações sobre nascimentos para os gestores de saúde é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, preenchido em todo o território nacional, para todas as crianças nascidas em domicílio ou estabelecimentos de saúde, sendo necessário para o registro civil (NHONCANSE; MELO 2012).

Através do conhecimento das características do recém-nascido e da mãe é possível identificar informações epidemiológicas que servirá como subsídio para a avaliação e monitoramento das políticas de saúde materno infantil (SILVA, 2012).

Estudos descrevem determinantes associados à morte neonatal precoce, como baixo peso ao nascer, prematuridade e intercorrências na gestação e no parto, porém estes fatores se articulam de forma complexa, sendo influenciadas pelas características biológicas do recém-nascido e materno, condições socioeconômicas e da atenção ofertada pelo serviço de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Por isso o conhecimento do número de nascidos vivos possibilita traçar parâmetros sobre as diferentes características da população de um local. Para esse reconhecimento, quanto mais específica for a pesquisa maior a possibilidade de conseguir mostrar um perfil mais realista da região ou país. Por conta da grande diversidade cultural as regiões do Brasil apresentam características diferentes umas das outras (MAIA; SOUZA, 2010).

Além disso, compreender como ocorrem os partos, como as crianças nascem quanto ao peso, comprimento e ao índice de apgar proporcionará aos profissionais de enfermagem o conhecimento situacional necessário ao planejamento de cuidado para este público.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral:

- Investigar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos do município de Picos-PI.

### 2.2 Específicos:

- Identificar a prevalência do baixo peso nos nascidos vivos pesquisados;
- Caracterizar os nascidos vivos pesquisados de acordo com informações contidas na Declaração de Nascido Vivo agrupados em dados do RN, da mãe, gestação e parto;
- Verificar possíveis relações entre as variáveis estudadas e o baixo peso ao nascer.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O Enfermeiro e a assistência Pré-Natal

A gravidez é um fenômeno diferenciado na vida da mulher, que passa por transformações e adaptações tanto físicas quanto emocionais e é considerada para muitas mulheres um momento especial. Por isso é importante que a gestante tenha uma atenção completa e enfrente esta etapa da vida com tranquilidade.

Durante este período a gestante necessita de acompanhamento qualificado para que complicações sejam prevenidas. O pré-natal se insere dentro dessa perspectiva e tem como finalidade acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e também o bem estar materno e neonatal (PEIXOTO *et al.*, 2011).

A assistência ao pré-natal se constitui em cuidados, condutas e procedimentos relacionados à grávida e ao concepto. Esta atenção inicia-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva, tendo como objetivos: identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e no parto; promover o bom desenvolvimento fetal; assegurar boa saúde materna; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal; além de preparar o casal para o exercício da paternidade (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que garante a toda gestante o direito ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Com o intuito de acompanhar situacionalmente cada gestante atendida no PHPN, foi elaborado o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), que tem como finalidade permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN (MOIMAZ, *et al.*, 2010).

Para que ocorra um pré-natal de qualidade, os serviços e os profissionais de saúde devem estar preparados para receber as gestantes e fornecer uma assistência completa. O profissional que recebe a gestante deve estar atento, além dos fatores de natureza física, a uma diversidade de fatores de ordem econômica, emocional e familiar, já que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta

pré-natal e conseqüentemente na qualidade do acompanhamento (LIMA, *et al.*, 2012).

Dentre as categorias profissionais atuantes na atenção ao pré-natal, o enfermeiro ocupa posição de destaque na equipe, por ser um profissional qualificado para o atendimento à mulher e tem um papel muito importante na área educativa de prevenção e promoção da saúde (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

A consulta de enfermagem se constitui como um instrumento de suma importância, pois tem a finalidade de garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade da assistência pré-natal, principalmente por meio de ações preventivas e promocionais às gestantes. É necessário que o profissional tenha além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida, baseada na escuta e na ação dialógica (SHIMIZU; LIMA, 2009).

O enfermeiro é considerado um profissional apto a realizar consultas de pré-natal, sendo atribuídas a ele inúmeras ações como, por exemplo: solicitações de exames; encaminhamentos necessários; preparo para o parto; orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre o aleitamento materno; vacinação e também a promoção de vínculo entre mãe e bebê (DEMITTO, *et al.*, 2010).

Além do desempenho técnico, o enfermeiro é o profissional que tem uma maior aproximação com a gestante durante o pré-natal, o que possibilita o estabelecimento de um vínculo de confiança por parte das gestantes, fazendo com que haja um aumento da frequência nas consultas de pré-natal.

### 3.2 Fatores relacionados ao baixo peso ao nascer

A realização do pré-natal adequado contribui na redução da mortalidade perinatal e influencia na diminuição das complicações durante o período gestacional, como por exemplo, o baixo peso ao nascer.

O peso ao nascer é um indicador de grande importância na avaliação de saúde materno infantil, uma vez que reflete a qualidade de vida de uma comunidade. O baixo peso ao nascer estabelecido pela Organização Mundial de Saúde se refere a crianças com peso inferior a 2500g no momento do nascimento. O BPN tem sido relacionado a sequelas no desenvolvimento infantil e fator para determinação de causas ligadas a morbimortalidade infantil, além de impacto nos sistemas de saúde (MENEZES, *et al.*, 2012).

O peso ao nascer representa um dos mais importantes fatores de predição da sobrevivência infantil. A ocorrência de recém-nascido de baixo peso pode variar entre os países, pois está associada a condições socioeconômicas. Essa variação pode ocorrer até mesmo em um mesmo país, como é o caso do Brasil (GUIMARÃES, *et al.*, 2012).

Historicamente, na década de 1960, estudos sobre o BPN mostravam associação com a prematuridade. Já na década de 1970 pesquisadores internacionais reconheceram que o BPN não estava associado à prematuridade. Desse pressuposto começou-se a agregar outras variáveis à incidência do baixo peso ao nascer. Um dos fatores que influencia o BPN é a data provável do parto incerto, principalmente em mulheres com baixa escolaridade que tiveram filhos na adolescência e uma assistência pré-natal inadequada (SILVA, 2012).

Dentre outras causas do BPN destacam-se: estado nutricional deficiente antes da gestação; idade materna inferior a 20 ou superior a 35 anos; ganho de peso insuficiente na gestação; hipertensão arterial; infecção genit urinária; tabagismo; ausência de cônjuge; crescimento intrauterino restrito; uso de drogas; intervalo interpartal menor que dezoito meses; gemelalidade e primiparidade (LIMA, *et al.*, 2012).

Estudos mostram que os hábitos maternos nocivos estão fortemente relacionados com o BPN, sobretudo o consumo de bebidas alcoólicas que também tem como consequência um maior risco de malformações; aborto espontâneo; prematuridade, mortalidade perinatal, além de problemas físicos e mentais decorrentes da Síndrome do Alcoolismo Fetal (SILVA, *et al.*, 2011).

O Ministério da saúde responsabiliza as Equipes de Saúde da Família (ESF) sobre a população de crianças de risco, como as de baixo peso, promovendo o acompanhamento mensal, controle de peso, altura, avaliação clínica, participação da mãe em grupos educativos e orientação nutricional. Estas crianças devem ser priorizadas para o desenvolvimento de ações e acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento (MELO; UCHIMURA, 2011).

Outro ponto importante é o atendimento humanizado e de melhor qualidade nos programas da saúde da criança. Como parte do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) aprovou-se a norma de Atenção ao Recém-nascido de Baixo Peso (RNBP)- Método Canguru. Esse método tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para recém-nascidos de baixo

peso, e constitui no contato pele a pele precoce entre mãe e filho, visando favorecer o vínculo, estimular o aleitamento materno, alta hospitalar precoce e promover maior participação dos pais no cuidado ao recém-nascido (BUCCINI, *et al.*, 2011).

O BPN é um indicador das condições intrauterinas em que a criança foi submetida durante todo o período gestacional e também é um fator de grande influência na saúde e sobrevivência do recém-nascido. Conhecer os fatores que estão associados a essa condição é fundamental para o planejamento de programas e políticas públicas de saúde e nutrição (VIANA, *et al.*, 2013).

Os fatores que influenciam a saúde da população não podem ser mudados rapidamente, mas podem ser trabalhados para se obter resultados melhores em médio e em longo prazo. A população juntamente com a equipe de saúde, devem trabalhar juntos com a finalidade de proteger a mãe e a criança, podendo assim interferir nos fatores que comprometem o peso ao nascer do recém-nascido.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva descritiva. Gil (2010) destaca que a pesquisa documental é desenvolvida com base em material já elaborado que geralmente não recebeu um tratamento analítico. E o estudo descritivo tem como objetivo a descrição das características de determinada população, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Sendo assim, nos estudos retrospectivos não existe a possibilidade de controle ou manipulação dos dados pelo pesquisador, porque os processos que originaram estes já aconteceram.

### 4.2 Local e período do estudo

Os dados foram coletados na Vigilância Epidemiológica do município de Picos-PI, localizada na sede da Secretaria de Saúde, que foi escolhida por ser o local de destino municipal final das declarações de Nascidos Vivos nessa cidade. A pesquisa foi desenvolvida no período entre Outubro de 2013 a Agosto de 2014.

A Vigilância Epidemiológica deve fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, tornando disponíveis informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos fatores que condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, constitui-se importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como a normatização das atividades técnicas correlatadas (BRASIL, 2005).

### 4.3 População e amostra

A população foi composta por 1905 crianças nascidas vivas no período de Janeiro de 2012 à Dezembro de 2013 (SINASC), cujas mães eram residentes na cidade de Picos-PI no período da ocorrência do parto. A amostra foi censitária, pois trabalhamos com o total da população.

### 4.4 Procedimentos e instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário (APÊNDICE A), do tipo check-list baseado na Declaração de Nascido Vivo. Os dados coletados a partir das

informações sobre o recém-nascido são: sexo da criança; peso ao nascer; Índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e existência de alguma anomalia.

As informações da mãe são: idade; grau de instrução; situação conjugal; cor; ocupação. As informações da gestação e do parto são: local de ocorrência; duração da gestação; tipo de gravidez; número de consultas pré-natais; início do pré-natal; apresentação do feto; se o trabalho de parto foi induzido; tipo de parto; histórico de gestações anteriores e também por qual profissional de saúde o parto foi assistido.

O período da coleta de dados abrange o intervalo entre os anos de 2012 e 2013. A partir desses dados foram apresentadas as congruências que podem ser fatores de risco para características de preocupação de saúde pública, como o baixo peso ao nascer.

#### 4.5 Análises de dados

Os dados foram implantados em um banco de dados eletrônico com a utilização do software Microsoft Office Excel 2007 e analisados com o auxílio do Programa de Estatística *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS – 17.0. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e os resultados foram apresentados em tabelas de distribuição de frequências e gráficos. Medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas quando pertinentes e discutidos à luz da literatura.

O Peso e a Idade gestacional do recém-nascido foram padronizados de acordo com SOUZA (2011). De acordo com Souza (2011) o peso ao nascer pode ser classificado da seguinte forma: peso normal ao nascer: entre 2500 a 3999 g, baixo peso ao nascer: menos de 2500 g, muito baixo peso ao nascer: menos de 1500 g, extremamente baixo peso: menos de 1000 g e acima do peso: mais de 4000 g. Com relação à idade gestacional: RN Pré-termo: inferior a 37 semanas; RN a Termo: entre 37 a 41 semanas e 6 dias e RN Pós-Termo: igual ou maior que 42 semanas.

#### 4.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 04519712.5.0000.5214). Para realização do estudo foram seguidos todos os preceitos éticos legais recomendados na resolução

n° 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Um dos riscos da pesquisa foi a utilização de informações confidenciais, de natureza pessoal. Para minimizá-lo e garantir a privacidade dos pesquisados estes documentos foram cegados.

A pesquisa foi realizada com a anuência da instituição e assinatura do Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B) pelo responsável onde as Declarações de Nascidos Vivos foram consultadas.

## 5 RESULTADOS

Os dados coletados foram organizados por grupos de respostas e apresentados em tabelas, sendo analisados com a utilização de técnicas da estatística descritiva.

**Tabela 1.** Distribuição dos recém-nascidos por dados do nascimento. Picos, 2014. N=1905.

Variáveis	F	%
<b>1. Sexo</b>		
Masculino	980	51,4
Feminino	923	48,5
Não informado	2	0,1
<b>2. Anomalias</b>		
Não	1848	97,0
Não informado	41	2,2
Sim	15	0,8
Ignorado	1	0,1
<b>3. Local do parto</b>		
Hospital	1901	99,7
Domicílio	3	0,2
Ignorado	1	0,1
<b>Total</b>	1905	100,0

De acordo com a tabela 1, pode-se concluir que na população do estudo observou-se maior frequência de recém-nascidos do sexo masculino, correspondendo a 51,4%. A maioria das crianças (97%) não apresentou anomalias congênitas e os nascimentos predominaram no ambiente hospitalar (99,7%).

**Tabela 2.** Caracterização dos recém-nascidos por peso. Picos, 2014. N=1905.

Peso	f	%		
Extremamente baixo	6	0,31		
Muito baixo	7	0,37		
Baixo	82	4,30		
Normal	1722	90,40		
Acima do peso	88	4,62		
<b>Total</b>	1905	100,0		
	<b>KS (valor p)</b>	<b>Média</b>	<b>IQ</b>	<b>Mediana</b>
<b>Peso</b>	0,000	3254,37	600	3280,0

KS – Kolmogorov-Smirnov; IQ – Intervalo interquartilico.

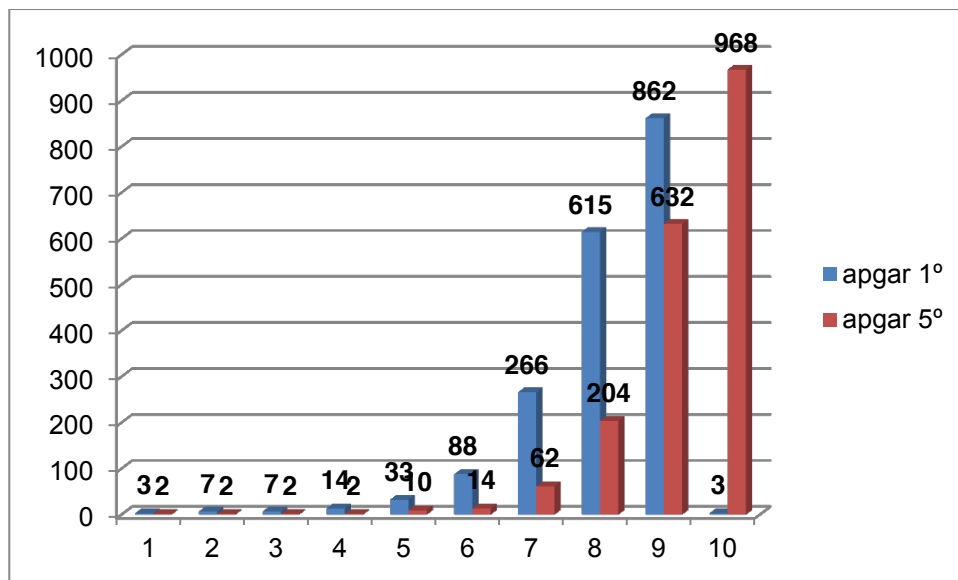


De acordo com Souza (2011) o peso ao nascer pode ser classificado da seguinte forma: peso normal ao nascer: entre 2500 a 3999 g, baixo peso ao nascer: menos de 2500 g, muito baixo peso ao nascer: menos de 1500 g, extremamente baixo peso: menos de 1000 g e acima do peso: mais de 4000 g.

Observa-se na tabela 2 que 90,40% das crianças nasceram com peso normal, sendo que 4,98% nasceram com baixo peso e 4,62% nasceram acima do peso. A mediana de peso dos recém-nascidos foi de 3280,0g.

**Gráfico 1.** Distribuição do Índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida. Picos, 2014.

N=1905.



Com relação ao índice de Apgar, que é o indicador de vitalidade da criança após o nascimento, de acordo com o gráfico 1, pode-se concluir que o escore de Apgar mais frequente na população do estudo no 1º minuto de vida foi 9 e no 5º minuto foi 10.

**Tabela 3.** Distribuição da população por dados maternos. Picos, 2014. N=1905.  
(Continua)

Variáveis	f	%
<b>1. Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	12	0,6
Fundamental I ou II	667	35,0
Médio	900	47,2
Superior incompleto	138	7,2
Superior completo	176	9,2
Não informado	12	0,6

**Tabela 3.** Distribuição da população por dados maternos. Picos, 2014. N=1905. (Continuação)

<b>2. Situação conjugal</b>				
Casada	888			46,6
Situação estável	507			26,6
Solteira	497			26,1
Não informado	9			0,5
Viúva	3			0,2
Ignorado	1			0,1
<b>3. Cor</b>				
Parda	1383			72,6
Branca	446			23,4
Preta	54			2,8
Não informado	21			1,1
Indígena	1			0,1
<b>Total</b>	<b>1905</b>			<b>100,0</b>
	<b>KS (valor p)</b>	<b>Média</b>	<b>IQ</b>	<b>Mediana</b>
<b>4. Idade materna</b>	0,000	25,16	10	25,00

KS – Kolmogorov-Smirnov; IQ – Intervalo interquartilico.

De acordo com a tabela 3, com relação às características maternas observa-se que 47,2% possuíam nível médio, 46,6% eram casadas e o grupo étnico que mais apareceu foram mulheres da cor parda (72,6%). A mediana de idade entre as mulheres foi de 25 anos.

**Tabela 4.** Distribuição de frequência da ocupação materna. Picos, 2014. N=1905. (Continua)

<b>Ocupação</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Ocupação</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Lavradora	686	36,0	Empresária	6	0,3
Dona de casa	465	24,4	Manicure	6	0,3
Estudante	168	8,5	Cantora	5	0,3
Doméstica	77	4,0	Administradora	5	0,3
Professora	76	4,0	Gerente administrativa	5	0,3
Vendedora	45	2,4	Pedagoga	4	0,2
Operadora de caixa	26	1,4	Zeladora	4	0,2
Cabelereira	24	1,3	Costureira	4	0,2
Autônoma	24	1,3	Cozinheira	4	0,2
Secretária	23	1,2	Assistente social	4	0,2
Outras	22	2,2	Fonoaudióloga	3	0,2
Comerciante	21	1,1	Fisioterapeuta	3	0,2
Balconista	19	1,0	Telefonista	3	0,2
Aux. de serviços gerais	18	0,9	Aux. de consultório	3	0,2
Enfermeira	17	0,9	Educadora física	3	0,2
Recepcionista	13	0,7	Auxiliar de produção	2	0,1
Téc. de enfermagem	13	0,7	Confeiteira	2	0,1
Aux. administrativa	13	0,7	Esteticista	2	0,1

**Tabela 4.** Distribuição de frequência da ocupação materna. Picos, 2014. N=1905. (Continuação)

Advogada	12	0,6	Terapeuta ocupacional	2	0,1
Aux. de escritório	11	0,6	Gerente financeira	2	0,1
Funcionária Pública	9	0,5	Diretora de escola	2	0,1
ACS*	9	0,5	Nutricionista	2	0,1
Bancária	8	0,4	Contadora	2	0,1
Atendente	7	0,4	Gerente de vendas	2	0,1
Não informado	7	0,4	Agrônoma	2	0,1
Promotora de vendas	6	0,3	Escrevente cartório	2	0,1
Dentista	6	0,3	Digitadora	2	0,1

\*Agente Comunitária de Saúde

De acordo com a tabela 4, com relação à ocupação materna, observa-se que a maioria era Lavradora (36,0%) ou Dona de casa (24,4%).

**Tabela 5.** Distribuição das informações das gestações anteriores. Picos, 2014. N=1905. (Continua)

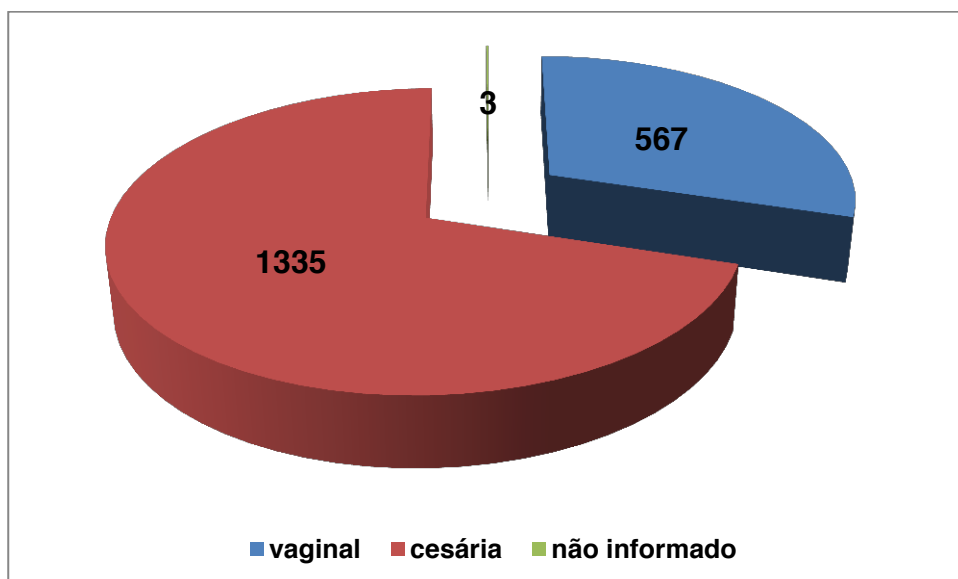
Váriáveis	f	%
<b>1. Gesta</b>		
0	826	43,4
1	600	31,5
2	307	16,1
3	111	5,8
4	38	2,0
5	12	0,6
6	5	0,3
7	3	0,2
8	2	0,1
<b>2. Partos</b>		
0	942	49,5
1	632	33,2
2	242	12,7
3	58	3,0
4	17	0,9
5	9	0,5
6	1	0,1
7	2	0,1
<b>3. N° Cesárea</b>		
0	1401	73,6
1	407	21,4
2	89	4,7
3	7	0,4
<b>4. N° parto vaginal</b>		
0	1384	72,7
1	315	16,5
2	137	7,2
3	39	2,0

**Tabela 5.** Distribuição das informações das gestações anteriores. Picos, 2014. N=1905. (Continuação)

4	16	0,8
5	10	0,5
6	1	0,1
7	2	0,1
<b>5. Abortos</b>		
0	1559	81,9
1	285	15,0
2	48	2,5
3	9	0,5
4	2	0,1
5	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1904</b>	<b>100</b>

Observa-se na tabela 5 que 43,4% das mães não tiveram gestações anteriores, 49,5% nunca pariu, 73,6% das mulheres nunca tiveram parto cesariano, enquanto 72,7% nunca tiveram parto vaginal e 81,9% das mulheres nunca tiveram aborto.

**Gráfico 2.** Distribuição da ocorrência do número de parto vaginal e cesáreo. Picos, 2014. N=1905.



Através do gráfico 2 pode-se observar que o número de parto cesáreo foi superior ao número de partos vaginais. Chama-se atenção, porque o parto vaginal é o normal, sendo o mais seguro para a mulher e para a criança e o parto cesáreo é escolhido em caso de alguma intercorrência obstétrica que resulte em risco materno ou fetal.

**Tabela 6.** Distribuição das informações da gestação e do parto. Picos, 2014.  
N=1905.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>			
<b>1. Início do pré-natal</b>					
Primeiro trimestre	1367	71,8			
Segundo trimestre	429	22,5			
Terceiro trimestre	47	2,5			
Não informado	34	1,8			
Ignorado	24	1,3			
Não fez	4	0,2			
<b>2. Tipo de gravidez</b>					
Única	1889	99,2			
Dupla	15	0,8			
Não informado	1	0,1			
<b>3. Apresentação</b>					
Cefálica	1865	97,9			
Podálica/Pélvica	37	1,9			
Transversa	2	0,1			
Não informado	1	0,1			
<b>4. Trabalho de parto induzido</b>					
Não	1552	81,5			
Não informado	271	14,2			
Sim	79	4,1			
Ignorado	3	0,2			
<b>5. Profissional que assistiu ao parto</b>					
Médico	1894	99,4			
Outros	5	0,3			
Não informado	3	0,2			
Enfermeira Obstetra	2	0,1			
Parteira	1	0,1			
<b>Total</b>	<b>1905</b>	<b>100,0</b>			
	<b>KS (Valor p)</b>	<b>Média</b>	<b>IQ</b>	<b>Mediana</b>	
<b>7. Número de consultas pré-natal</b>	0,000	6,84	4	7,00	

KS – Kolmogorov-Smirnov; IQ – Intervalo interquartilico.

Em relação à tabela 6 com informações da gestação e do parto, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação 71,8% das mães. O tipo de gravidez predominante foi única (99,2%). Com relação à apresentação do feto, 97,9% tinham apresentação cefálica. Houve maior frequência de partos não induzidos (81,5%) e 99,4% dos partos foram assistidos por médicos. A mediana do número de consultas pré-natal foi de 7 consultas.

**Tabela 7.** Caracterização dos recém-nascidos por idade gestacional. Picos, 2014. N=1905.

Variável	f				%
<b>1. Idade gestacional</b>					
A-Termo	1602				84,10
Pré-Termo	139				7,29
Não informado	83				4,36
Não calculado	72				3,78
Ignorado	9				0,47
<b>Total</b>	1905				100,0
	<b>KS (Valor p)</b>	<b>Média</b>	<b>IQ</b>	<b>Mediana</b>	
<b>2. Idade gestacional</b>	0,000	38,51	1	39,00	

KS – Kolmogorov-Smirnov; IQ – Intervalo interquartilício.

Na tabela 7 com relação à idade gestacional, 84,10% das crianças nasceram a termo (entre 37 a 41 semanas e 6 dias), sendo que 7,29% nasceram prematuros (não completou 37 semanas) e 3,78% das idades gestacionais não foram possíveis de calcular. A mediana da idade gestacional foi de 39 semanas.

**Tabela 8.** Relação do peso da criança ao nascimento com a cor e escolaridade materna. Picos, 2014. N=1905.

Variáveis	N	CV*	Mediana do peso do RN
<b>Escolaridade</b>			
Sem escolaridade	12	19,26	3405,0
Fundamental I ou II	667	16,61	3200,0
Médio	900	14,27	3300,0
Superior incompleto	138	13,33	3300,0
Superior completo	176	14,01	3350,0
<b>Cor</b>			
Parda	1384	15,43	3285,0
Branca	446	13,85	3300,0
Preta	54	16,96	3125,0

\* Coeficiente de Variação.

Comparando-se a variável escolaridade da mãe com o peso do recém-nascido na tabela 8, observa-se que o peso mediano foi maior em mulheres sem de escolaridade (3405,0 g). Este resultado não é significativo para o estudo uma vez que o número de mulheres sem escolaridade é muito pequeno em relação ao total da população. Já o Coeficiente de Variação para mulheres sem escolaridade foi maior em relação aos outros níveis, significando que o peso dos recém-nascidos para mães sem escolaridade foi mais heterogêneo em relação aos demais níveis.

Com relação à cor pode-se concluir que a mediana de peso de RN de mulheres negras foi menor (3125,0 g) em relação ao de mulheres brancas e pardas.

**Tabela 9.** Relação do peso da criança ao nascimento com o tipo de gravidez, apresentação, sexo e tipo de parto. Picos, 2014. N=1905.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>CV*</b>	<b>Mediana do peso do RN</b>
<b>Tipo de gravidez</b>			
Única	1889	14,58	3280,0
Dupla	15	45,63	2360,0
<b>Apresentação</b>			
Cefálica	1865	14,76	3280,0
Podálica/Pélvica	37	28,87	3120,0
Transversa	2	6,73	3150,0
<b>Sexo do RN</b>			
Masculino	980	14,68	3350,0
Feminino	923	15,26	3200,0
<b>Tipo de parto</b>			
Cesáreo	1335	13,26	3300,0
Vaginal	567	18,46	3130,0

\* Coeficiente de Variação.

Observa-se na tabela 9 que mulheres que tiveram gestação única, o peso mediano do RN foi maior (3280,0 g) em relação às que tiveram gestação dupla (2360,0 g).

Com relação à apresentação do feto esse valor foi maior nos RNs que estavam em apresentação cefálica (3280,0 g). Já para o sexo masculino o peso mediano foi maior (3350,0 g) em relação ao sexo feminino (3200,0 g). No que diz respeito ao tipo de parto, a mediana de peso foi maior (3300,0 g) em crianças que nasceram por parto cesáreo comparando-se às crianças que nasceram por parto vaginal (3130,0 g).

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer o perfil de nascimentos do município de Picos-PI, sendo estes resultados de extrema importância, pois através dos dados coletados é possível planejar ações que visem ao cuidado durante a gestação, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido.

Na população do estudo observou-se maior frequência de recém-nascidos do sexo masculino. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com a mesma faixa etária, realizado em Foz do Iguaçu, onde houve predomínio (50,62% a 52,47%) de nascimentos do sexo masculino (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010).

A presença de anomalias congênitas ao nascimento registrado em menos de 1% da população em estudo, foi inferior a relatada por Luquetti & Koifman (2010) ao avaliarem os registros de oito hospitais distribuídos nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil.

O ambiente hospitalar destacou-se como o principal local de ocorrência dos nascimentos. O mesmo resultado ocorreu em estudo realizado em Campinas (SP), onde 99,9% dos partos ocorreram na rede hospitalar (MORCILLO, *et al.*, 2010).

Neste estudo, verificou-se uma frequência maior de crianças com peso entre 2500 a 3999 g, considerado normal, sendo que 4,98% nasceram com baixo peso (menos de 2500g) e 4,62% com peso superior a 4000g. O BPN está presente em 15,5% de todos os nascimentos ocorridos no mundo. Uma maior porcentagem de crianças com esse agravo concentra-se na Ásia e na África com 27% e 22% de todos os nascidos vivos respectivamente. No Brasil em 2005 houve uma proporção de 8,1% e o estado do Acre de 6,9% (MAIA; SOUZA, 2010).

O baixo peso ao nascer pode ser decorrente de prematuridade ou retardo intrauterino e tem participação importante na morbimortalidade infantil e riscos para a saúde na vida adulta. Crianças com peso inferior a 2500g tem risco aumentado de morte no primeiro ano de vida, de desenvolverem doenças infecciosas e respiratórias, atraso de crescimento e desenvolvimento. Estudos revelam que estas crianças podem no futuro apresentar hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas e obesidade (MAIA; SOUZA, 2010).

Quanto ao índice de Apgar que é o indicador de vitalidade da criança logo após o nascimento, observou-se no estudo que houve maior frequência de RNs que tiveram pontuação acima de 7 no 1º e 5º minuto de vida. A verificação dessa



pontuação é usada para avaliar a resposta do recém-nascido à vida extrauterina. O escore de Apgar é um marcador de asfixia, e é relacionado ao prognóstico do recém-nascido. Numa escala de 0 a 10, quanto maiores os valores, melhores são as condições de vitalidade da criança (GABANI; SANT'ANNA; ANDRADE, 2010).

Quanto à escolaridade materna, os resultados mostraram que a maioria das mulheres (82,8%) possuía no máximo até o nível médio. A baixa escolaridade das mães está relacionada a desfechos negativos para sua saúde e de seus filhos, como por exemplo, um pré-natal inadequado ou não realizado, risco elevado de baixo peso ao nascer, crescimento insatisfatório das crianças, maior número de paridade entre outros (PREDEBON, *et al.*, 2010 ).

Com relação à situação conjugal 46,6% das gestantes eram casadas e viviam em companhia do esposo, o que pode contribuir positivamente para o apoio efetivo e emocional à mulher. Pressupõe que quanto maior a intimidade do casal, melhor é o diálogo, a divisão de tarefas, incluindo a prestação de cuidados ao recém-nascido (PEIXOTO, *et al.*, 2011).

Verificou-se através do estudo que a maioria das mães era da cor parda, e que a cor da pele preta mostrou associação com o baixo peso do recém-nascido. Isso se explica por conta das desigualdades raciais que existe em nosso país, onde o negro tem menos acesso a educação e nível socioeconômico mais baixo, sendo fatores condicionantes da maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010).

A mediana de idade entre as mulheres foi de 25 anos, significando que 50% das mulheres tinham até 25 anos, ou seja, muitas eram adolescentes. A preocupação com a gravidez nesta faixa etária decorre dos riscos biológicos e psicossociais que estas mulheres ficam expostas e ao impacto no futuro de seus filhos. A interrupção da escolarização e conseqüentemente da formação profissional em decorrência da gravidez, dificulta a inserção no mercado de trabalho e ajuda perpetuar a pobreza (MARQUES, *et al.*, 2012).

Com relação à ocupação materna observou-se que a maioria das mães era lavradora que se justifica pela baixa escolaridade, ou mulheres que se dedicavam a cuidar do lar, o que se reflete na diminuição da renda familiar, mas favorece o aleitamento materno (MORCILLO, *et al.*, 2010).

Em relação às características das gestações anteriores, é importante que o profissional registre toda a história obstétrica da gestante durante a consulta de pré-

natal, pois essas informações podem servir de base para a identificação de possíveis problemas e para a tomada de decisões em gestações futuras (MARQUES *et al.*, 2012).

O tipo de parto mostrou diferença significativa entre as gestantes com maior prevalência de parto cesáreo. Desde o início da década de 1970, existe uma tendência mundial de aumento do número de parto cesáreo. Este índice é alarmante, pois a Organização Mundial de Saúde recomenda taxas menores de 15% (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010).

Esse fato vem acontecendo porque do ponto de vista médico, o parto cesáreo pode ser uma intervenção programada, que não vai tomar mais de uma hora do seu tempo. O parto vaginal pode ocorrer a qualquer hora do dia, noite, feriado e final de semana e ocupará um tempo maior e imprevisível da parturiente, da equipe médica e de seus familiares. Ocorre também que muitas mulheres optam pelo parto cesáreo em função do mito da dor durante o trabalho de parto. Percebe-se a “programação”, seguida de analgesia proporcionado um nascimento sem dor (BARBOSA, *et al.*, 2013).

O estudo mostra que 71,8% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, enquanto 25,2% iniciaram no segundo trimestre ou não fizeram o pré-natal. No estudo realizado por Mano, *et al.* (2011) no município de Caracol-PI, 83,8% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

Estudos apontam que mulheres grávidas que recebem assistência no início da gestação e comparecem mais nas consultas de pré-natal tendem a apresentar melhores resultados maternos e perinatais comparando-se às gestantes que iniciam tardiamente ou aquelas que tiveram mais consultas concentradas em um único trimestre de gestação (CORRÊA; BONADIO; TSUNECHIO, 2011).

A mediana do número de consultas pré-natal realizados pelas mães foi de 7 consultas. Conclui-se que 50% das mulheres realizaram até no máximo 7 consultas. Este indicador pode estar associado ao nível de escolaridade em que 82,8% possuíam no máximo até o nível médio. Alguns autores tem demonstrado a importância da frequência às consultas de pré-natal na prevenção da mortalidade infantil (KASSAR, *et al.*, 2013).

No Brasil estudos revelam a média de quatro consultas de pré-natal para mulher que teve parto no Sistema Único de Saúde (SUS). Para que cada mulher fizesse seis consultas, que é o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, seria

necessário um incremento de cinco milhões de consultas por ano. Isso representaria um crescimento de 50% nas consultas de pré-natal para o Brasil e 105% para a região Nordeste (ROCHA, *et al.*, 2011).

Houve predominância de gestação única e baixa incidência de gestação dupla. O estudo mostrou que crianças de gestação única nascem com peso maior, isso ocorre porque as principais complicações da gestação múltipla é a prematuridade e baixo peso ao nascer dos bebês (ROZARIO, *et al.*, 2013).

Observou-se no estudo que 4,1% foram induzidos. As principais indicações para indução do trabalho de parto são para gestantes na 41<sup>o</sup> semana de gestação sem doença obstétrica, ou quando a interrupção de gravidez se faz necessária devido a doenças maternas ou fetais em que o prolongamento da gestação provoque risco materno ou fetal e é contraindicada em casos onde há obstrução do parto como anormalidade na pelve materna, tumores prévios, prolapso de cordão umbilical entre outros (SOUZA, *et al.*, 2010).

Com relação ao profissional que assistiu ao parto, verificou-se no estudo que 99,4% dos partos foram realizados por médicos. No estudo realizado em Caracol-PI 98% das mães tiveram o parto atendido por médico (MANO, *et al.*, 2011).

Com relação à idade gestacional, 7,29% dos bebês nasceram prematuros, enquanto 84,10% nasceram a termo. Em estudo realizado em Piripiri-Pi, 1,3% nasceu prematuro e 98,3% nasceu a termo. Ressalta que no estudo 3,8% das idades gestacionais das DNVs não foram possíveis de calcular, isso aconteceu porque a data da última menstruação (DUM) informada estava incorreta (MASCARENHAS; RODRIGUES; MONTE, 2006).

Pôde-se observar através do estudo que vários campos das DNVs não foram informados ou foram ignorados, o que pode ser devido a pouca importância que tem sido dispensada à informação em saúde no contexto da atenção à saúde ou também a falta de treinamento e supervisão do profissional no preenchimento da DNV.

## 7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados apresentados neste trabalho, conclui-se que no município de Picos, estado do Piauí para o período de 2012 e 2013 o perfil dos nascidos vivos apresentou-se da seguinte forma: houve predomínio de neonatos do sexo masculino; a quase totalidade dos partos ocorreu em ambiente hospitalar; o percentual de baixo peso ao nascer foi menor em relação a outros estudos realizados no Brasil; a escolaridade máxima das mães foi nível médio; sendo que a maioria era lavradora ou dona de casa; a idade mediana das mães foi 25 anos; a maioria era casada e vivia em companhia do esposo; o parto cesáreo foi predominante em relação ao parto vaginal; a maioria dos neonatos nasceu a termo; com relação ao número de consulta pré-natal, 50% das mães realizaram até no máximo sete consultas, sendo que a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e houve predominância de partos assistidos por médicos.

O estudo conseguiu alcançar seus objetivos uma vez que foi possível conhecer o perfil epidemiológico dos nascidos vivos em Picos-PI, verificando possíveis associações com o baixo peso e a prevalência do mesmo.

A dificuldade encontrada durante o estudo foi decorrente do não preenchimento correto da DNV, uma vez que nem todas as variáveis que eram relevantes para o estudo não eram informadas ou ignoradas pelo profissional que a preencheu.

Nesse contexto considerando o não preenchimento total e correto da DNV alguns pontos importantes devem ser considerados na busca de soluções que visem melhorar a qualidade dos dados do SINASC. Como por exemplo, a heterogeneidade dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV, já que muitos não são qualificados para a função; erros na transcrição das informações; maior interesse em determinadas variáveis em detrimento de outras.

A análise desses fatores sugere a necessidade de implantação de atividades de capacitação das equipes envolvidas na coleta de dados da DNV, para que haja melhoria da qualidade dos dados do SINASC. As Declarações de Nascidos Vivos são fontes ricas de dados, por meio delas através do SINASC pode-se planejar ações que visem ao cuidado durante a gestação, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido.

Os gestores dos sistemas de informações devem analisar e aproveitar estudos como este e promover, sempre que necessário investigações visando à melhora da qualidade dos dados das DNVs.

A divulgação dos resultados deste trabalho para os enfermeiros e profissionais de saúde que realizam a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido é importante para subsidiar o conhecimento da clientela e para a elaboração de programas de saúde que atendam ao perfil de usuárias e dos recém-nascidos evidenciado nos dados.

## REFERÊNCIAS

ANVERSA, E.T.R. *et al.* Qualidade do processo de assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.4, p.789-800, 2012.

BARBOSA, C.N.S. *et al.* Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sócio demográficos das parturientes de Teresina-PI. **Rev Enferm UFPI**, v.2, n.2, p. 40-47, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUCCINI, G.S. *et al.* Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.11, n.3, p.239-247, 2011.

CORRÊA, C.R.H.; BONADIO, I.C.; TSUNECHIO, M.A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.6, p.1293-1300, 2011.

DEMITTO, M.O. *et al.* Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Rev Rene**, v.11, n. especial, p.223-229, 2010.

GABANI, F.L. SANT'ANNA, F.H.M. ANDRADE, S.M. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. **Cienc Cuid Saúde**, v.9, n.2, p.205-213, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, P. V. *et al.* Confiabilidade dos dados de uma população de muito baixo peso ao nascer no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2005-2006. **Rev.Bras Epidemiol**, v.15, n.4, p.697-704, 2012.

LIMA, E.F.A. *et al.* Fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.4, p.578-85, 2012.

LUQUETTI, D.V; KOIFMAN, R.J. Qualidade da notificação de anomalias congênitas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): estudo comparativo nos anos 2004 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1756-1765, 2010.

KASSAR, S.B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. **J Pediatr**, v.89, n.3, p.269-277, 2013.

MAIA, R.R.P.; SOUZA, J.M.P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do Norte do Brasil. **Rev. Bras.Cresc. e Desenv. Hum**; v.20, n.3, p.735-744, 2010.

MANO, P.S. *et al.* Iniquidade na assistência à gestação e ao parto em município do semiárido brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.11, n.4, p.381-388, 2011.

MARQUES, A.B.G. *et al.* Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.4, p.41-47, 2012.

MASCARENHAS, M.D.M. RODRIGUES, M.T.P. MONTE, N.F. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Rev. Bras. Matern. Infant**, v.6,n.2, p.175-181, 2006.

MENEZES, L.O. *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**, v.28, n.10, p.1939-1942, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** . 6 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MORCILLO, A.M. *et al.* Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. **Rev Paul Pediatr**, v.28, n.3, p.269-75, 2010.

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Sistema de Informação Pré-natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.3, p.385-90, 2010.

NASCIMENTO, R.M. *et. al.* Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, v.28, n.3, p.559-572, 2012.

NEVES, E.T.; FERRAZ, T.R. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Rev Gaúcha enferm**, v.32, n.1, p.86-92, 2011.

NORONHA, G.A. *et.al.* Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no estado de Pernambuco em 1997 e 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2749-2756; 2012.

NHONCANSE, G.C.; MELO D.G. Confiabilidade da Declaração de Nascidos Vivos como fonte de informação sobre os defeitos congênitos no município de São Carlos, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.955-963, 2012.

OLIVEIRA, E.F.V.; GAMA, S.G.N.; SILVA, C.M.F.P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.3, p.567-578, 2010.

PEIXOTO, C.R. *et al.* O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev Enferm. UERJ**, v.19, n.2, p.286-91, 2011.

PINHEIRO, R.S. *et al.* Cobertura da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) utilizando os partos registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos, Brasil, 2006 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.5, p.991-997, 2012.

PREDEBON, K.M. *et al.* Desigualdade sócio espacial expressa por indicadores de Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.8, p.1583-1594, 2010.

ROCHA, R. *et al.* Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. enferm. UERJ**, v.1, n.19, p.114-20, 2011.

RODRIGUES, E.M.; NASCIMENTO, R.G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc enferm USP**, v.45, n.5, p. 1041-1047, 2011.

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



ROZARIO, S. *et al.* Série temporal de características maternas e nascidos vivos em Niterói, RJ. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.13, n.2, p.137-146, 2013.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.3, n.62,p. 387-92, 2009.

SILVA, I. *et al.* Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev Saúde Pública.**, v.5, n.45, p.864-9, 2011.

SILVA, R.M. *et al.* Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.3, n.17, p. 635-642, 2012.

SILVA, T.R.S.R. Fatores de risco maternos não biológicos para o baixo peso ao nascer na América Latina: revisão sistemática de literatura com meta-análise. **Einstem.**, v.3, n.10, p. 380-5, 2012.

SOUZA, A.B.G. **Enfermagem Neonatal.** 1ª ed., São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, A.S.R. *et al.* Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Femina.**, v.38, n.4, p.186-194, 2010.

VIANA, K.J. *et al.* Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cad. Saúde Pública.**, v.2, n.29, p.349-356, 2013.

## **APÊNDICES**

### APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

DADOS DO RECÉM-NASCIDO					
<b>1. SEXO</b>	(1) Feminino (2) Masculino	(3) Ignorado (4) Não informado			
<b>3. PESO AO NASCER</b>	<b>4. ANOMALIAS</b>		(3) Ignorado (4) Não informado		
	(1) Sim (2) Não				
<b>5. INDÍCE DE APGAR</b>	1ºmin	5ºmin	(0) Não informado		
<b>6. LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO</b> (1) Hospital (2) Domicílio (3) ignorado (4) Não informado					
DADOS DA MÃE					
<b>7. ESCOLARIDADE DA MÃE</b>	(1) Sem escolaridade (2) Fundamental I ou II (3) Médio	(4) Superior incompleto (5) Superior completo (6) Ignorado (7) Não informado			
<b>8. OCUPAÇÃO</b> (99) Não informado			<b>9. IDADE</b> (99) Não informado		
<b>10. SITUAÇÃO CONJUGAL</b>	(1) Solteira (2) Casada (3) Viúva	(4) Situação estável (5) Ignorado (6) Não informado			
<b>11. RAÇA/COR</b>	(1) Branca (2) Preta (3) Parda	(4) Indígena (5) Não informado			
GESTAÇÃO DE PARTO					
<b>GESTAÇÕES ANTERIORES</b>	<b>13. NÚMERO</b> (99) não inf.	<b>14. PARTOS</b> (99) não inf.	<b>15. ABORTOS</b> (99) não inf.	<b>16. CESÁREAS</b> (99) não inf.	<b>17. P. VAGINAL</b> (99) não inf.
<b>GESTAÇÃO ATUAL</b>	<b>18. Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL</b>  (0) Não fez (98) ignorado (99) Não informado	<b>19. IG (DUM)</b>  (1) Ignorado (2) Não informado		<b>20. IG INÍCIO DE PRÉ-NATAL</b> (0) Não fez (1) 1º trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre (4) Ignorado (5) Não informado	
<b>21. TIPO DE GRAVIDEZ</b>	(1) Única (2) Dupla (3) Tripla ou mais			(4) Ignorada (5) Não informado	

<b>22. APRESENTAÇÃO</b> (1) Cefálica (2) Podálica/Pélvica (3) Transversa (4) Ignorado (5) Não informado		
<b>23. TRABALHO DE PARTO INDUZIDO?</b> (1) Sim (2) Não (3) Ignorado (4) Não informado		
<b>24. TIPO DE PARTO</b> (1) Vaginal (2) Cesáreo (3) Ignorado (4) Não informado		
<b>PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO</b>		
<b>25. PROFISSIONAL QUE ASSISTIU AO PARTO</b>	(1) Médico (2) Enfermeira Obstetra (3) Parteira	(4) Outros (5) Ignorado (6) Não informado

## **APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NASCIMENTOS EM PICOS-PI**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a senhora Hildegardes Gomes de Medeiros Borges, secretária municipal de saúde de Picos, após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa que tem como objetivo geral: Investigar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de baixo peso de Picos-PI, vem na melhor forma de direito autorizar a pesquisadora e professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI) Luisa Helena de Oliveira Lima a ter acesso as declarações de nascidos vivos nesse município, sendo permitida a coleta de informações, objetos deste estudo, e que se encontram sob sua total responsabilidade. Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua autorização.

Sendo assim, os pesquisadores abaixo se comprometem a garantir e preservar as informações, garantindo a confidencialidade dos documentos e concordam que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados serão coletados pela acadêmica de enfermagem Cristiane Marques Lopes e serão apresentados em eventos científicos de enfermagem e áreas afins.

**Picos, 01 de maio de 2012.**

---

Hildegardes Gomes de Medeiros Borges

---

Luisa Helena de Oliveira Lima

**ANEXO**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS EM PICOS

**Pesquisador:** LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04519712.5.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 714.857

**Data da Relatoria:** 29/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

Este estudo tem como objetivo investigar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de Picos-PI. Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva descritiva. Os dados serão coletados na Vigilância Epidemiológica do município de Picos-PI, localizada na sede da Secretaria de Saúde, sendo escolhida por ser o local de destino municipal final das Declarações de Nascidos Vivos nessa cidade. O estudo será desenvolvido entre os meses de março a novembro de 2012. A população será composta por 1.275 crianças nascidas vivas entre agosto de 2010 e dezembro de 2011, cujas mães eram residentes na cidade de Picos-PI no período da ocorrência do parto. A amostra será censitária, pois trabalharemos com o total da população. Para coleta de dados será utilizado um formulário, do tipo check-list baseado na Declaração de Nascidos Vivos. Os dados serão implantados em um banco de dados eletrônico com a utilização do software Microsoft Office Excel 2007 e analisados com o auxílio do Programa de Estatística Statistical Package for the Social Sciences 17.0. Os resultados serão apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente". Esta pesquisa constitui-se numa pesquisa documental descritiva retrospectiva.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Investigar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de Picos-PI.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portela

**Bairro:** Ininga SG10

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (863)215--5734

**Fax:** (863)215--5660

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

Continuação do Parecer: 714.857

**Objetivo Secundário:**

Identificar a prevalência do baixo peso nos nascidos vivos pesquisados; Investigar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de baixo peso em Picos-PI;

Caracterizar os nascidos vivos pesquisados de acordo com características contidas na Declaração de Nascido Vivo agrupados em dados do bebê, da mãe, gestação e parto;

Verificar possíveis relações entre as variáveis estudadas e o baixo peso ao nascer.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Na seção "Riscos", após assinalada como pendência no parecer anterior, a proponente afirma que "Um dos riscos da pesquisa será a utilização de informações confidenciais, de natureza pessoal. Para minimizá-lo e garantir a privacidade dos

pesquisados estes documentos serão cegados". Quanto aos benefícios, consta no protocolo que a pesquisa busca "Compreender como ocorrem os partos, como as crianças nascem quanto a peso, comprimento e ao índice de apgar proporcionará aos profissionais de enfermagem o conhecimento situacional necessário ao planejamento do cuidado com base em indicadores, tendo como apoio o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e a Declaração de Nascidos Vivos. Esse estudo proporcionará ainda embasamento para a criação de

mecanismos de prevenção de complicações no nascimento através da promoção da saúde durante o pré-natal e parto".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto deixa subentendido o problema da pesquisa - qual o perfil epidemiológico dos Nascidos Vivos de Picos, PI? - com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico. A pesquisa será realizada através da análise de formulários. Contudo, não está explícito que estes documentos serão cegados. A pesquisadora não informa os riscos da pesquisa. Seria conveniente pensá-los, pois irá utilizar informações confidenciais, de natureza pessoal. Ressalta-se que obteve autorização do fiel depositário para manusear as informações contidas no banco de dados da Vigilância Epidemiológicas de Picos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Uma vez corrigida a carta de encaminhamento, os termos obrigatórios estão apresentados.

**Recomendações:**

Recomenda-se, apenas, adequar a etapa "Submissão ao CEP", no cronograma de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto se encontra apto para aprovação.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portela

**Bairro:** Ininga SG10

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (863)215--5734

**Fax:** (863)215--5660

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br



Continuação do Parecer: 714.857

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP/UFPI vem, mui respeitosamente, se desculpar com a proponente do projeto, Profa. Luisa Helena de Oliveira Lima, dada a demora na apreciação de seu projeto, o que se deveu à desativação do referido comitê, à época de submissão do projeto, bem como ao posterior acúmulo de demanda resultante, ao longo de todo ano de 2013.

TERESINA, 10 de Julho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Alcione Corrêa Alves**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portela

**Bairro:** Ininga SG10

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (863)215--5734

**Fax:** (863)215--5660

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br