

CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO PRÉ-NATAL E DESFECHO GESTACIONAL EM ARACAJU/SE ATRAVÉS DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

Ruth de Santana Almeida¹

Yanka Santos Almeida²

Luciana de Santana Lôbo Silva³

Keyla Bessa Pinto⁴

Max Oliveira Menezes⁵

Enfermagem



**cadernos de
graduação**

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

O pré-natal compreende uma assistência multiprofissional durante o ciclo gravídico-puerperal, que visa a promoção, prevenção e detecção de agravos para que o feto possa nascer saudável. Nesse âmbito, a nível nacional, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) agrega informações sociodemográficas, obstétricas e da adesão pré-natal. Assim, este estudo teve por objetivo caracterizar a adesão pré-natal e desfecho gestacional em Aracaju/SE através da DNV no período de 2010 a 2016. Trata-se de um estudo ecológico temporal de natureza quantitativa. O levantamento de dados ocorreu entre abril e maio de 2019 através do DATASUS/SINASC. Os dados foram analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 22,0. Não foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa, por trabalhar com dados secundários. Notou-se predomínio de gestantes pardas, solteiras, com escolaridade em anos de estudos concluídos de 8 a 11 anos, média de idade de 26 anos, com início de pré-natal precoce (1º trimestre), nº de consultas ≥ 7 e partos vaginais. Os dados sociodemográficos e obstétricos sugerem um melhor desfecho na saúde materno-infantil, sobretudo para as gestantes com adesão precoce e assiduidade para consultas pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE

Pré-natal. Declaração de Nascido Vivo. Materno-infantil.

ABSTRACT

Prenatal care includes multiprofessional care during the pregnancy-puerperal cycle, which aims to promote, prevent and detect diseases for those who can benefit from health. In this context, a national level, a Live Birth Declaration (DNV) aggregates socio-demographic, obstetric and prenatal adherence information. Thus, this study aimed to characterize prenatal adherence and gestational outcome in Aracaju / SE through DNV from 2010 to 2016. It is a temporal ecological study of quantitative nature. Data collection took place between April and May 2019 through DATASUS / SINASC. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, 22.0. It was not submitted to the Research Ethics Committee for working with secondary data. There is a predominance of single pregnant women, brown, with education in years of study completed from 8 to 11 years, average age of 26 years, with early prenatal onset (1st trimester), number of consultations ≥ 7 and vaginal deliveries. Sociodemographic and obstetric data suggest a better outcome in maternal and child health, especially for pregnant women with early adherence and attendance for prenatal consultations.

KEYWORDS

Prenatal. Live Birth Statement. Maternal Child.

1 INTRODUÇÃO

O pré-natal consiste em uma assistência multiprofissional durante o ciclo gravídico-puerperal e está diretamente relacionada com a redução da morbimortalidade materna-infantil, pois, visa a promoção da saúde, prevenção e detecção de agravos que possam acometer o binômio (NUNES *et al.*, 2016). Ainda, agrupa um conjunto de cuidados e procedimentos subsidiados por políticas públicas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 1984; BRASIL, 2011).

Atualmente a assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) é regida pela política Rede Cegonha (RC), que visa garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Como reflexo da RC, as estimativas de cobertura pré-natal no Brasil chegam a 98,7% (VIELLAS *et al.*, 2014). Sergipe, de acordo com o estudo Nascer em Sergipe, realizado entre os anos de 2015-2016, obteve cobertura estimada em 99,3% e em Aracaju de 99,1% (MENDES, 2018).

Para subsídio quali quantitativo, condições específicas do atendimento em saúde devem ser consolidadas em sistemas de informação providos pelo SUS. Nessa perspectiva, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), reúne informações

epidemiológicas sobre nascimentos no Brasil, sendo alimentado pela Declaração de Nascido Vivo (DNV), a qual agrega informações sociodemográficas, obstétricas e da adesão pré-natal (BRASIL, 2012).

O preenchimento da DNV no território nacional é obrigatório e passou a ter valor oficial a partir de junho de 2012, por meio da Lei nº 12.662, a qual atribui valor de identidade provisória, até o provimento da Certidão de Nascimento (BRASIL, 2012).

Variáveis da DNV possibilitam o direcionamento para aspectos intrínsecos ao atendimento pré-natal nas diversas regiões do país. Salienta-se a idade, raça/cor da mãe, situação conjugal, escolaridade (em anos concluídos), Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), histórico gestacional, tipo de gravidez, mês de gestação em que iniciou o pré-natal, número de consultas pré-natal, tipo de parto, número de semanas de gestação na ocasião do parto, índice de Apgar no 1' e 5', peso do recém-nascido (RN) e anomalias (BRASIL, 2011).

Apesar da obrigatoriedade e recomendações oficiais para preenchimento das DNV no Brasil, é perceptível a subinformação de dados, o que pode estar relacionada com a falta de capacitações e heterogeneidade de profissionais considerados para esse fim (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011). Ainda assim, é um instrumento de fundamental importância para a coleta de dados da área materno-infantil. Estudos dessa natureza, servem para expor dados referentes ao processo de parto e nascimento, subsidiando gestores e profissionais de saúde para planejamento, intervenção e reorientação assistencial (CARVALHO *et al.*, 2014).

Torna-se imprescindível a realização de estudos subsidiados por dados secundários, vislumbrando a sensibilização de diversos agentes para o reconhecimento da assistência prestada à população, assim como evidenciar as possíveis lacunas na assistência pré-natal durante o seu período gestacional, parto e puerpério. Assim, este estudo objetivou caracterizar a adesão pré-natal e o desfecho gestacional em Aracaju-SE por meio da DNV no período de 2010 a 2016.

2 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico temporal de natureza quantitativa, realizado por meio do DATASUS / SINASC. Foram incluídas todas as DNV disponíveis no DATASUS referentes aos nascimentos em Aracaju-SE no período de 2010-2016. Apesar da aplicabilidade dos filtros para selecionar as DNV, foi observado, durante a validação dos dados, códigos de municípios divergentes de Aracaju, sendo estes devidamente excluídos.

O levantamento dos dados ocorreu no período de abril a maio de 2019. Para tal, foi realizado acesso ao DATASUS – TABNET – Serviços – Transferência/Download de Arquivos – Arquivos de Dados – SINASC – Dados – DNV – Ano – Estado. A construção e refinamento de dados ocorreu no programa Excel 2013, sendo a validação realizada por dois pesquisadores independentes.

As variáveis extraídas da DNV para análise foram idade, raça/cor da mãe, situação conjugal, escolaridade (em anos concluídos), Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), tipo de gravidez, tipo de parto, número de consultas pré-natal, índice de

Apgar no 1' e 5', peso ao nascer, anomalias, histórico gestacional (número de gestações anteriores), número de semanas de gestação na ocasião do parto, mês de gestação em que iniciou o pré-natal.

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, 22,0. As variáveis numéricas foram testadas quanto à normalidade pelo teste Shapiro-Wilk. Por tratar-se de dados não paramétricos, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis de amostras independentes e seu respectivo post-hoc test. Para as variáveis paramétricas utilizou-se o teste de Análise de Variância (ANOVA) e seu respectivo post-hoc test, o Games-Howell.

O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar a distribuição de grupos entre o "Número de consultas de pré-natal" com as variáveis "Apgar 1', Apgar 5', anomalia e peso do RN de acordo com a idade gestacional", bem como o "Número de consultas pré-natal" com a variável "tipo de parto". Para critérios de significância estatística, foi usado um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,005$). Os resultados foram apresentados descritivamente e consolidados em tabelas.

O referido estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa por trabalhar exclusivamente com dados secundários, entretanto, segue as normas da resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 136.849 DNV correspondentes aos nascimentos registrados em Aracaju-SE no período de 2010 a 2016, segundo DATASUS. Com relação as características maternas, predominaram as declaradas de cor parda ($n=88.383$, 64,6%), com média de idade de 26,1 anos, escolaridade entre 8 a 11 anos concluídos ($n= 68.905$, 50,4%), solteiras ($n=57.915$, 42,3%) e autodeclaradas como trabalhadora volante da agricultura ($n=4.155$, 3%) (Tabela 01).

Tabela 1 – Caracterização materna segundo dados extraídos das DNV de Aracaju, Sergipe, no período de 2010 a 2016

VARIÁVEL	Nº	%
IDADE*	26	±6,81
RAÇA		
Branca	17.718	12,9
Negra	8.947	6,5
Amarela	1.968	1,4
Parda	88.383	64,6
Indígena	320	0,2
Não identificado	19.513	14,3
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteira	57.915	42,3

VARIÁVEL	Nº	%
Casada	34.308	25,1
Viúva	232	0,2
Divorciada	1.102	0,8
União estável	43.226	31,6
Ignorado/Não identificado	66	0,0
ESCOLARIDADE		
Nenhuma	994	0,7
De 1 a 3 anos	7.252	5,3
De 4 a 7 anos	34.173	25,0
De 8 a 11 anos	68.905	50,4
12 ou mais anos	25.489	18,6
Ignorado/Não identificado	36	0,0
PROFISSÃO		
Professor de educação de jovens e adultos do ensino fundamental	2.268	1,7
Empregado doméstico nos serviços gerais	2.404	1,8
Trabalhador volante da agricultura	4.155	3,0
Representante comercial autônomo	2.131	1,6
Assistente administrativo	1.632	1,2
Outros	110.856	81,0
Não identificado	24.361	17,8

Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito a adesão pré-natal 52,6% (n=72.026) foram realizadas 7 consultas ou mais, com gestações de feto único (n=133.250, 97,4%) e culminaram com parto vaginal (n=72.923, 53,3%) (TABELA 2).

Tabela 2 – Caracterização dos dados obstétricos segundo dados extraídos das DNV de Aracaju, Sergipe, no período de 2010 a 2016

VARIÁVEL	Nº	%
TIPO DE GRAVIDEZ		
Única	133.250	98,4
Dupla	3.465	2,5
Tripla	123	0,1
Ignorado/Não identificado	11	0,0
TIPO DE PARTO		
Vaginal	72.923	53,3
Cesáreo	63.920	46,7

VARIÁVEL	Nº	%
Ignorado/Não identificado	6	0,0
NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL		
Nenhuma	1.763	1,3
De 1 a 3	15.162	11,1
De 4 a 6	47.795	34,9
≥7	72.026	52,6
Ignorado/ Não identificado	103	0,1
INÍCIO DO PRÉ-NATAL		
Primeiro Trimestre	89.551	65,4
Segundo Trimestre	23.546	17,2
Terceiro Trimestre	2.629	1,9
Ignorado	21.123	15,4

Fonte: Dados da pesquisa.

A média de idade identificada corrobora resultados de Santos e outros autores (2017), os quais analisaram dados de um estado do nordeste brasileiro e obtiveram variação de 20 a 34 anos. Mallmann e outros autores (2018), subsidiados por dados do SINASC, observaram média de idade em 2015 de 26,3 anos ($\pm 6,7$). Achados dessa natureza, sugerem que uma parcela das mulheres brasileiras opta pela maternidade em um ciclo mais avançado da vida. Essa tem sido uma opção adotada para atender as demandas sociais, pessoais e profissionais da atualidade, onde só após a realização destes, as mulheres decidem construir uma vida conjugal e ter filhos (BERNARDI; CARNEIRO; MAGALHÃES, 2018).

A autodeclaração da raça/cor está totalmente direcionada para subjetividade e a forma de como a mulher se conhece, considerando suas crenças, desenvolvimento cultural e familiar (BRASIL, 2013). Estudo com dados primários realizado em Sergipe também apontou predominância de puérperas que autodeclaram ser pardas (MENDES, 2018).

O reconhecimento e afirmação de características étnicas e raciais apresenta forte influência sobre a possibilidade de cuidado e acesso aos serviços de saúde, fato perpetuado até os dias atuais. Um estudo realizado com base nos dados do inquérito da pesquisa Nascer no Brasil mostra que a proporção de mulheres que realizam seis consultas ou mais de pré-natal é maior para as brancas (82,3%), apresentando menor percentual para as de cor parda (77,3%) e preta (73,2%) (DINIZ *et al.*, 2016).

A predominância de mulheres solteiras é um fato observado também por Reis e outros autores (2016) em um estudo documental com 845 mulheres assistidas em uma maternidade pública do Estado do Rio Grande do Sul. Essa característica pode impactar no sentido de segurança e apoio durante o ciclo gravídico puerperal.

De acordo com um estudo realizado no município de Rio Grande-RS, um dos principais fatores para a depressão pós-parto é a ausência de um parceiro durante o processo

de parturição. Infere-se também que muitos relacionamentos apresentam uma estabilidade conjugal, porém, desprovido de registro civil (HARTMANN; SASSI; CESAR, 2017).

Os anos de estudos na população brasileira segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são estimados em 11 anos, evento que corrobora com os resultados apresentados nesse estudo (BRASIL, 2019). O nível educacional apresenta forte impacto na adesão pré-natal e na instituição de cuidados gestacionais, visto que um maior conhecimento acerca dos aspectos básicos do pré-natal possibilita uma busca mais assídua pela garantia dos seu atendimento (REZENDE; RODRIGUES, 2019).

No que se refere a adesão pré-natal é possível inferir que existe entendimento e aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde (MS) para início precoce (primeiro trimestre gestacional) e comparecimento mínimo de seis encontros. Essa realidade é fruto da valorização e ampliação das ações das estratégias de saúde da família sobretudo na área materno-infantil, fato observado no Brasil progressivamente desde 2000, com a criação do PHPN (BRASIL, 2000). Salienta-se também o impulso da política da RC, que atualmente é a responsável por realizar ações voltadas para esse grupo (BRASIL, 2011).

A predominância de partos vaginais observados na população estudada, pode ser fruto de ações do MS para resgate do parto como evento fisiológico, sobretudo por reconhecimento mundial do índice de cesarianas no Brasil (56%), que reapresenta um dos países com maiores taxas de partos cesáreas (FILHO; RISSIN, 2018).

Ao verificar a distribuição do número de consultas pré-natal e tipo de parto, verificou-se uma prevalência de cesariana em mulheres que apresentaram sete ou mais consultas pré-natal (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição dos grupos entre as variáveis “número de consultas pré-natal” e “tipo de parto”

		Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL				
		0	1-3	4-6	≥ 7	
TIPO DE PARTO	Vaginal	13.331 75,6%	10.966 72,3%	30.355 63,5%	30.202 41,9%	p
	Cesárea	429 24,4%	4.196 27,7%	17.440 36,5%	41.821 58,1%	< 0,001

Legenda: significância estatística (p < 0,005).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a taxa ideal de parto cesárea seja entre 10 a 15% (OMS, 2015). Nesse âmbito o MS vem criando estratégias que visam reduzir essas taxas por meio do monitoramento on-line das cesarianas no país. Em 2017, na saúde pública, dos 2,7 milhões de partos que ocorreram no Brasil, 58,1% foram vaginais e 41,9% cesáreas (BRASIL, 2018).

A relação predominante de cesáreas em mulheres que apresentam sete ou mais consultas pré-natal, requer uma investigação rigorosa, sobretudo para aspectos que

implicam em gestações de alto risco e atendimento ao parto na saúde suplementar, a qual é reconhecida pelos elevados indicadores de cesárea (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A distribuição dos grupos entre as variáveis “Número de consultas Pré-Natal e Peso do RN de acordo com a idade gestacional” demonstrou que, quanto maior o número de atendimento pré-natal mais adequado é o peso do RN ao nascer ($p < 0,001$), fato também observado para o Apgar do 1’ e 5’ ($p < 0,001$) (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição dos grupos entre as variáveis “número de consulta pré-natal” e “peso do RN de acordo com a idade gestacional, Apgar do 1’e 5’e anomalia”

Variável	0	1-3	4-6	≥ 7	P
PESO DO RN DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL					
AIG*	1.204 82,9%	11.409 86,6%	34.818 87,4%	53.754 87,4%	<0,001
GIG**	61 4,2%	767 5,8%	2.486 6,2%	4.529 7,4%	
PIG***	187 12,9%	1.000 7,6%	2.576 6,5%	3.190 5,2	
APGAR 1’					
Normal	1.253 76,3%	13.091 88,2%	43.355 91,6%	66.778 93,2%	<0,001
Alterado	390 23,7%	1.747 11,8%	3.973 8,4%	4.884 6,8%	
APGAR 5’					
Normal	1.475 88,8%	14.408 96,7%	46.624 98,3%	71.023 99%	<0,001
Alterado	186 11,2%	495 3,3%	791 1,7%	729 1%	
ANOMALIA					
Sim	33 1,9%	227 1,5%	580 1,2%	902 1,3%	<0,001
Não	1.728 98,1%	14.918 98,5%	47.194 98,8%	71.093 98,7%	
Ignorado	1 0,1%	7 0%	5 0%	11 0%	

Legenda:

Significância estatística ($p < 0,005$).

AIG* Adequado para Idade Gestacional; GIG** Grande para Idade Gestacional; PIG*** Pequeno para Idade Gestacional.

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao peso do RN de acordo com a idade gestacional, foi observado por Kale e outros autores (2018) em um estudo realizado com 1.771 nascidos vivos em maternidades públicas no Rio de Janeiro e em Niterói, percentual de 15,9% para GIG e 9,3% FIG, sendo divergente do presente estudo, pois não demonstra predominância de AIG.

Nesse âmbito, reafirma-se a necessidade de avaliação nutricional com suas devidas orientações, dadas por meio dos dez passos para a alimentação saudável da gestante, acompanhamento do gráfico de Índice de Massa Corporal (IMC), além da medição de fundo de útero, disponíveis na caderneta da gestante. Tais procedimentos apontam a possibilidade de adequado desenvolvimento fetal, corroborando a relação entre número de consultas pré-natal e peso do RN com AIG (BRASIL, 2016). O preenchimento inadequado da caderneta da gestante com a ausência dos dados acima citados impede uma assistência contínua, fator que pode interferir na qualidade pré-natal (VOLTAS *et al.*, 2018).

Sabe-se que ao nascer o neonato é avaliado quanto o seu estado geral e vitalidade por meio da aplicação do índice de Apgar em seu 1º e 5º de vida. Este é responsável por avaliar cinco parâmetros, tônus muscular, frequência cardíaca, esforço respiratório, irritabilidade reflexa e coloração da pele, ao somar a nota dada a cada item (0-2) obtém-se um escore de 0 a 10 pontos, sendo considerado os RN com escore <7 como os que necessitam de cuidado adicional (BRASIL, 2012).

A prevalência de melhor escore do Apgar para gestantes que possuem um maior quantitativo de consultas pré-natal também pode ser observado em um estudo realizado a partir das DNV registradas em um hospital do interior do estado do Ceará, onde 50,68% correspondeu a maior índice de Apgar no 5º (MUNIZ *et al.*, 2016).

As condições do nascimento são de suma importância para o desfecho da saúde da criança e podem ser influenciadas pelas características maternas, como os extremos de idade, tempo de gestação e tipo de parto. O pré-natal atua como uma estratégia utilizada no conhecimento desses fatores e no acompanhamento, visando prevenir complicações no momento do parto (MUNIZ *et al.*, 2016). Salienta-se que todas as gestantes, independentemente da quantidade de consultas pré-natal estão expostas ao risco de eventos inesperados no processo parturitivo e que podem interferir na vitalidade do neonato (MIGOTO *et al.*, 2018).

É percebida que a presença de anomalias no RN é inversamente proporcional a quantidade de consultas realizadas pelas gestantes, podendo destacar as orientações nutricionais como fator primordial para obtenção desses resultados. Os profissionais médico/enfermeiro durante a consulta pré-natal são responsáveis por realizar a prescrição de ácido fólico, como forma de prevenir defeitos no tubo neural, anemia e anemia megaloblástica, devendo ser prescrito pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar e manter o uso até o final da gestação (BRASIL, 2016).

Ao analisar as variáveis independentes (não paramétricas) verificou-se que não houve divergência entre as classes quando comparadas a mediana, porém na distribuição o teste Kruskal Wallis apontou diferença estatística de 95% ($p < 0,005$) sendo detectada diferença por meio do post-hoc test.

Para análise da variável paramétrica (peso do RN) o teste Análise de Variância (ANOVA) e seu respectivo post-hoc test Games Howell obteve significância estatística de 95% ($p < 0,005$).

4 CONCLUSÃO

Foi possível verificar um maior número de atendimento para mulheres pardas, com média de idade de 26 anos, escolaridade de 8 a 11 anos concluídos, solteiras e com ocupação de trabalhador volante de agricultura.

Os dados obstétricos demonstraram um melhor desfecho na saúde materno-infantil para as gestantes que possuem número adequado de consultas pré-natal e adesão precoce. Tornou-se possível identificar um maior quantitativo de gestações de feto único que culminaram em parto vaginal, como também, que quanto maior o número de atendimento pré-natal mais adequado é o peso do RN ao nascer e o índice de Apgar no 1' e 5'.

O presente estudo está envolvido com a possibilidade de viés de seleção e de informação, pois trata-se de dados secundários, não controlados pelos pesquisadores.

Estima-se como benefício a sensibilização de gestores e profissionais de saúde para o planejamento, intervenção e reorientação assistencial do pré-natal. Salienta-se que a abordagem desta temática propicia a construção de uma assistência de enfermagem humanizada, integral e ênfase na promoção da saúde, estreitando lacunas entre teorias políticas e práticas.

REFERÊNCIAS

BERNARDI, D.; CARNEIRO, T. F.; MAGALHÃES, A. S. Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade. **Revista Contextos Clínicos**, v. 11, n. 2, 2018.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Portaria nº 569/MS de 01 de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Portaria Nº 116/MS de 11 de fevereiro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Manual de instruções para preenchimento da declaração de nascido vivo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.459/MS de 24 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Gestão de alto risco**: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Lei nº 12.662, de 05 de junho de 2012**. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características Étnico- Raciais da População**: Classificações e Identidades. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2013.

BRASIL. **Protocolos da atenção básica saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016

BRASIL. Resolução nº 510/MS, 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>. Acesso em: 22 maio 2019.

CARVALHO, I. S. *et al.* Caracterização epidemiológica de partos e nascimentos: estudo ecológico com base em um sistema de informação. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 616-623, 2014.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas do Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 561-562, 2016.

FILHO, M. B.; RISSIN, A. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2018.

HARTMANN, J. M.; SASSI, R. A. M.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Educação**, 2019. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao.html>. Acesso em: 26 maio 2019.

KALE, P. L. *et al.* Adequação do peso ao nascer para a idade gestacional de acordo com a curva INTERGROWTH-21 e fatores associados ao pequeno para a idade gestacional. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p.391-399, 2018.

MALLMANN, M. B. *et al.* Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise no período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 4, 2018.

MENDES, R. B. Assistência pré-natal e fatores associados à peregrinação no anteparto e à preferência das mulheres pela cesariana em Sergipe, Brasil. 2018. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Sergipe, 2018.

MIGOTO, M. T. *et al.* Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2675-2683, 2018.

MUNIZ, E. B. *et al.* Análise do boletim de Apgar em dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos registrados em um hospital do interior do estado do Ceará, Brasil. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 2, p. 182-191, 2016.

NUNES, J. T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA, R. R. *et al.* Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 734-741, 2016.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=CAD840C92DC31A45F864F326114D5136?sequence=3. Acesso em: 25 maio 2019.

REIS, T. R. *et al.* Perfil das gestantes e a assistência obstétrica de risco habitual em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 1, 143- 151, 2016.

REZENDE, R. W.; RODRIGUES, G. L. Pré-natal e direitos da gestante e puérpera: avaliação do grau de conhecimento de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 1-6, 2019.

SANTOS, G. M. *et al.* Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um estado no nordeste brasileiro. **Revista UNINGÁ Review**, v. 31, n. 1, p. 12-18, 2017.

VIELLAS E. F. . Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, p. 85-100, 2014.

VOLTAS, A. B. C. Q. *et al.* Análise dos registros realizados na caderneta da gestante de pacientes acompanhadas no terceiro trimestre gestacional em serviços de saúde público e privados: estudo comparativo. **Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina FASEH**, v. 3, n.1, 2018.

Data do recebimento: 12 de agosto de 2019

Data da avaliação: 12 de dezembro de 2019

Data de aceite: 16 de janeiro de 2020

1 Graduada em Enfermagem, Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: ruth.santana23@hotmail.com.

2 Graduada em Enfermagem, Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: yankasantos@outlook.com.

3 Mestre em Enfermagem; Enfermeira. E-mail: lucys_lobo@yahoo.com.br.

4 Mestre em Biotecnologia; Enfermeira, Professora da Universidade Tiradentes – UNIT.

E-mail: keyla_enfermeira@hotmail.com

5 Mestre em Enfermagem; Enfermeiro; Professor da Universidade Tiradentes – UNIT.

E-mail: maxoliver19@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7660-4458>.