



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

JAMILE BRITO DE MONTE

**PRÉ-NATAL: PERFIL DE MULHERES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
SANTARÉM**

**SANTARÉM
2023**

JAMILE BRITO DE MONTE

**PRÉ-NATAL: PERFIL DE MULHERES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
SANTARÉM**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado Instituto de Saúde Coletiva, como requisito para a conclusão do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal do Oeste do Pará.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elaine Cristiny Evangelista dos Reis
Coorientador: Me. Cristiano Gonçalves Morais

**SANTARÉM
2023**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema
Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA**

M779p Monte, Jamile Brito de
Pré-natal: perfil de mulheres residentes no município de Santarém / Jamile Brito de
Monte – Santarém, 2023.
39 p. : il.
Inclui bibliografias.

Orientadora: Elaine Cristiny Evangelista dos Reis
Coorientador: Cristiano Gonçalves Moraes
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará,
Instituto de Saúde Coletiva, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

1. Mulheres. 2. Gestantes. 3. Cuidado Pré-Natal. I. Reis, Elaine Cristiny Evangelista dos,
orient. II. Moraes, Cristiano Gonçalves, *coorient.* III. Título.

CDD: 23 ed. 362.1982098115

Bibliotecária - Documentalista: Mary Caroline Santos Ribeiro – CRB/2 566



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO ACADÊMICA
Fone (093) 2101-6766 / Email: secacad.isco@gmail.com

ATA DE DEFESA DE TCC

Aos 10/02, às 14:00 horas, foi convocada e formada a banca examinadora composta de três professores e/ou autoridades nesta Universidade, abaixo nominados, para o exame do trabalho escrito, apresentação oral do Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, elaborado pelo acadêmico Jamile Brito de Monte, cujo título é "Análise da Assistência do Pré-natal de mulheres...". Foi concedido o tempo máximo de 20 minutos para o acadêmico fazer a exposição oral do trabalho, atribuindo-se outros 30 minutos para arguições. Após a apresentação foram feitas as arguições ao acadêmico, visando a avaliação e crédito na disciplina. Concluídas as arguições, a banca passou à deliberação sobre a avaliação, considerando os seguintes critérios: Qualidade Técnica do Trabalho; Domínio do Conteúdo; Qualidade na Exposição Oral; Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos e Formas de Intervenção; e Referencial Teórico, Resultados e Bibliografia. Após a deliberação, concluída à presente banca de exame de TCC, trabalho foi considerado:

- Aprovado (nota \geq 6,0).
 Reprovado (nota $<$ 6,0).

Professor (a)	Função	Nota (0 a 10)
<u>Marina Smidt Celere</u>	Membro	<u>9,9</u>
<u>Maira Brito Malcher Pedrosa</u>	Membro	<u>9,85</u>
	Média	<u>9,87</u>

A entrega da versão final do TCC, com as devidas alterações apontadas pela Banca Examinadora, deverá ocorrer no prazo de 15 (quinze) dias após defesa.

Assinaturas dos membros da banca

Presidente - Elaine Cristiny Evangelista dos Reis

Membro - Maira

Membro - Maira Brito Malcher Pedrosa

Santarém, 10 de Fevereiro de 2023.

Aos amores da minha vida, meu pai Olaci Rodrigues de Oliveira, minha mãe Elinalda de Oliveira Pinto por me oferecer a melhor criação que um filho pode ter toda a sua dedicação, amor e carinho que sempre tiveram comigo. Ao meu querido marido Guilherme Ferreira Chagas por ser meu companheiro e me apoiar em todos os meus projetos. E também a minha amiga Líbia Jaty por toda dedicação e apoio nessa caminhada

RESUMO

O pré-natal é um dos componentes mais importante para a atenção e acompanhamento da saúde da mulher no período gestacional, tornando-se essencial para a proteção e a prevenção de eventos adversos. No Brasil, esse acompanhamento é realizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), através das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). E para garantir a assistência de forma integral para esse público o Ministério da Saúde criou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Desta forma, o objetivo desse estudo foi apresentar dados referentes a análise do perfil do pré-natal em mulheres residentes no município de Santarém entre os anos de 2011 a 2020. Trata-se de um estudo epidemiológico, com abordagem quantitativa, descritiva, de caráter exploratório, utilizando dados pré-existentes disponíveis para consulta pública. A coleta de dados foi realizada através do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no dia 15 de dezembro de 2022, através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Os dados foram coletados no sítio eletrônico e posteriormente foram organizados em planilhas no programa Microsoft Excel e logo foram transformados em tabelas para a análise dos dados. Foi utilizada as variáveis: idade materna, estado civil, grau de instrução, duração da gravidez, consultas de pré-natal, tipo de parto, tipo de gravidez, local de ocorrência, sexo, cor/raça. Foi identificado na cidade de Santarém entre os anos de 2011 a 2020, um total de 66.115 nascidos vivos. Dessas mulheres que tiveram filhos, cerca de 99,9% estavam em idade fértil e foram acompanhadas na rede de atenção à saúde do município. Quanto ao perfil sociodemográfico, estavam na faixa etária entre 15 a 29 anos; e a maioria com situação conjugal de união consensual, seguidas de mães solteiras; possuíam um grau de instrução de 8 a 11 anos e se autodeclaravam pardas. Já com relação a caracterização da assistência no pré-natal e do parto dessas mulheres, verificou-se que a maioria realizou o número mínimo de consultas preconizadas pelos órgãos de saúde de seis ou mais consultas; tiveram bebê considerados a termo e para o tipo de gravidez, quanto ao número de conceptos o que prevaleceu foi a gestação única, com prevalência de nascimentos de bebês do sexo masculino, principal via foi o parto vaginal e quanto ao local de ocorrência do nascimento ocorreram principalmente em ambiente hospitalar, porém neste estudo apresentou também um percentual bem significativo de partos ocorridos em domicílios, essa ocorrência pode ser explicada pela dificuldade de chegar a tempo nos hospitais da cidade devido a localidade da residência. A partir da descrição do perfil do pré-natal de mulheres do município de Santarém este trabalho conclui de forma preliminar que a maioria das recomendações descritas no PAISM

referentes os cuidados no período gestacional foram seguidas. Os resultados do estudo podem subsidiar as discussões sobre o acesso aos serviços de saúde em territórios urbanos, rurais, quilombolas, indígenas e ribeirinhos e sobre a implementação de políticas públicas garantindo assistência integral e que reflita na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

Palavras-Chave: Mulheres. Gestantes. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Prenatal care is one of the most important components for the care and monitoring of women's health during the gestational period, making it essential for the protection and prevention of adverse events for maternal and neonatal health. In Brazil, this monitoring is carried out through the Unified Health System (SUS), through the Primary Health Care (PHC) teams. And to guarantee comprehensive care for this public, the Ministry of Health created in 1984 the Comprehensive Assistance Program for Women's Health (PAISM), ensuring that assistance is provided to this woman. In this way, this study will present data referring to the analysis of prenatal care in women residing in the municipality of Santarém between the years 2011 to 2020. It is an epidemiological study, with a quantitative, descriptive, and exploratory approach, in which pre-existing data available for public consultation was used. Data collection was carried out through the Information Department of the Unified Health System (DATASUS), on December 15, 2022, through the Live Births Information System (SINASC). Data were collected on the website and later organized into spreadsheets in the Microsoft Excel program and then transformed into tables for data analysis. The following variables were used: maternal age, marital status, level of education, duration of pregnancy, prenatal consultations, type of delivery, type of pregnancy, place of occurrence, sex, color/race. A total of 66,115 live births were identified in the city of Santarém between 2011 and 2020. Of these women who had children, about 99.9% were of childbearing age and were followed up in the city's health care network. As for the sociodemographic profile, they were aged between 15 and 29 years; with marital status of consensual union, followed by single mothers; they had an education level of 8 to 11 years of schooling and declared themselves brown. With regard to the characterization of prenatal and childbirth care for women residing in the municipality of Santarém, it was found that most performed the number of consultations recommended by health agencies of six or more consultations; had a baby considered at term and for the type of pregnancy, regarding the number of conceptuses, single gestation prevailed, with a prevalence of births of male babies and the main route was vaginal delivery, and regarding the place of birth occurred mainly in a hospital environment, but this study also showed a very significant percentage of deliveries that took place at home, this occurrence can be explained by the difficulty of getting to hospitals in the city on time due to the place of residence. The results of the study can support discussions on access to health services in urban, rural, quilombola, indigenous and riverside territories and

on the implementation of public policies aimed at this public, guaranteeing comprehensive care that reflects on the improvement of maternal and child health indicators.

Keywords: Women. Pregnant women. Prenatal care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.2	Justificativa	10
1.3	Objetivo	10
1.3.1	Objetivo geral	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1	Características do estado do Pará e do município de Santarém	11
2.1.1	Perfil sociodemográfico.....	11
2.1.2	Saneamento básico e habitação	11
2.1.3	Estrutura do sistema de saúde.....	12
2.2	O pré-natal no brasil	13
2.3	Sistemas de informação	16
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
3.1	Tipo de estudo	18
3.2	Coleta de dados	18
3.3	Análise de dados	19
3.4	Critérios éticos	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	32
	ANEXO	39

1 INTRODUÇÃO

O pré-natal é um componente de extrema importância para a atenção à saúde da mulher no período gestacional e puerperal, sendo essencial para realizar a proteção e a prevenção de eventos maléficos que podem ocorrer nesse período, proporcionando efetivamente a identificação de possíveis complicações à saúde materna e neonatal como por exemplo: hipertensão arterial, diabetes gestacional, anemia, sífilis, malformações fetais, entre outras (VIELLAS, 2014).

No Brasil, o acompanhamento do pré-natal é realizado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), , devendo ser iniciado prioritariamente logo no início da gestação, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde o mínimo de seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2012). O Ministério da Saúde implementou no ano de 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com objetivo de realizar uma assistência integral, ou seja, abrangendo a mulher em todos os ciclos da vida desde a adolescência até a terceira idade, no pré-natal, parto, puerpério, realizando orientações a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama, câncer do colo do útero entre outros temas (DUARTE e ANDRADE, 2008).

A atenção obstétrica e neonatal precisa ter em suas características principalmente a qualidade e a humanização na assistência em saúde, sendo obrigação dos serviços e dos profissionais de saúde receber a mulher e o recém-nascido com dignidade, respeitando seus direitos. Para garantir esse direito foi estabelecido o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da portaria GM/MS nº 559/GM de 1º de junho de 2000, objetivando a melhoria do acesso e a qualidade na assistência prestada. A humanização na assistência torna-se importante pois acontece a valorização de todos os atores envolvidos no processo assistencial à exemplo os usuários, profissionais e gestores (SIMÕES, 2007).

Portanto, toda e qualquer assistência relacionada ao pré-natal deverá ter em sua base condutas acolhedoras, além do desenvolvimento de atividades de cunho educativas e preventivas, possibilitando a descoberta precoce de patologias e a identificação de possíveis situações que provoque risco gestacional, criação de vínculo entre a gestante e o profissional de saúde melhorando o acesso dessa mulher aos serviços de saúde levando em consideração as suas questões: culturais, sociais, econômicas (BRASIL, 2006).

Considerando que a atenção à saúde da mulher é um tema que gera discussões ao longo de muitos anos, frente ao conjunto de especificidades locais em que a mulher está inserida nos

serviços ofertados para o acompanhamento de saúde, esse estudo irá apresentar dados referentes a análise do perfil do pré-natal de mulheres residentes no município de Santarém entre os anos de 2011 a 2020.

1.2 Justificativa

O estudo foi realizado em Santarém, na região Oeste do Pará. A pesquisadora principal tem em seu campo de atuação profissional como técnica de enfermagem e em sua vivência profissional na Unidade de Terapia Intensiva ao consultar as diversas fichas de internação hospitalar dos recém-nascidos da unidade de terapia intensiva, percebeu que muitas mães não realizavam todas as consultas de pré-natal o que despertou interesse da pesquisadora em compreender as possíveis relações entre a não realização das consultas do pré-natal e as hospitalizações de recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

O pré-natal quando feito da forma correta seguindo todas as orientações e recomendações do Ministério da Saúde e das equipes de saúde, apresenta benefícios inquestionáveis para a mulher e a para o recém-nascido. As consultas são realizadas nas unidades básicas de saúde através do enfermeiro com propósito de conhecer diversas questões que envolvem essa mulher (BRASIL, 2006).

Segundo Viellas et al., (2014), o pré-natal é uma importante ferramenta para o acompanhamento da saúde da mulher e do recém-nascido, porém a não realização ou o acolhimento inadequado nas primeiras consultas podem gerar a desistência dessa mulher prejudicando a continuidade da assistência, além do surgimento de outras dificuldades que a gestante pode encontrar como a dificuldade de acesso, distância das unidades de saúde, o diagnóstico tardio da gravidez e a falta de acolhimento causam impactos negativos podendo provocar graves risco à saúde materna e do recém-nascido.

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil de mulheres residentes no município de Santarém quanto ao pré-natal, a partir de dados epidemiológicos disponíveis para consulta pública do período de 2011 a 2020.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Características do estado do Pará e do município de Santarém

2.1.1 Perfil sociodemográfico

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera a região Norte como uma das cinco regiões do Brasil, sendo formada por sete estados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. O estado do Pará, é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizado na região Norte, nesta região encontra-se dois maiores estados no quesito extensão territorial do país, Amazonas e Pará (IBGE, 2021).

Segundo dados do último censo do IBGE ocorrido no ano de 2010, estima-se que a população paraense chega no ano de 2021 com um total de 8.77.124 pessoas, com uma densidade demográfica de 6,07 habitantes/km². Com extensão territorial de 1.245.759,305 km² ficando em segundo lugar atrás somente do Estado do Amazonas, toda essa extensão territorial e quantidade populacional que observamos através dos dados podem ser fatores que contribuirão para o crescimento das desigualdades sociais do estado (IBGE, 2010).

O estado do Pará possui 144 municípios que são divididos em mesorregiões geográficas: Baixo Amazonas, Marajó, região metropolitana de Belém, Nordeste Paraense, Sudoeste Paraense. Essa divisão busca traduzir as diferenças de organização do território levando em consideração as questões sociais e políticas visando a criação de uma identidade regional da sua população (ALBUQUERQUE et al., 2010).

A cidade de Santarém está localizada na mesorregião do Rio Amazonas, situada na margem direita do Rio Tapajós possuindo uma população estimada para o ano de 2021 de 308.339 pessoas (IBGE, 2010). Considerada como a terceira cidade mais populosa do Pará, sendo um dos principais centros socioeconômico do oeste paraense, oferecendo boa infraestrutura econômica e social como: escolas, hospitais de média e alta complexidade, portos estruturados, aeroportos, indústrias e uma das principais fontes de renda da população é através do comércio (ALBUQUERQUE et al., 2010).

2.1.2 Saneamento básico e habitação

O saneamento básico é um conjunto de serviços considerados como fundamentais para o desenvolvimento socioeconômico de uma determinada localidade à exemplo, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, coleta de resíduos sólidos, além da criação de uma infraestrutura e instalações que visam o abastecimento de água de qualidade para a população. A Lei n° 11.445, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) no dia 5 de janeiro de 2007, estabelecendo diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política nacional de saneamento básico (BRASIL, 2007).

Quando observamos a situação do saneamento no Estado notamos que este sistema apresentou uma carência no quesito abastecimento de água potável, apresentando um percentual apenas de 47,94% da população com acesso a esse bem de consumo. Somente uma pequena parcela da população são atendidos pelo esgotamento sanitário cerca de 31,09% possuem rede geral de esgoto ou fossa séptica, 29,05% da população está em domicílios que possuem abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados e quanto a rede elétrica somente 8,11% dos domicílios tem acesso (SESPA, 2019).

A escassez habitacional ainda é considerada muito alto, cerca de 423.437 famílias encontram-se sem residência própria, o déficit nas zonas urbanas dos municípios do estado é maior onde 261.062 das famílias não possuem habitação própria, já na zona rural 162.375 não possuem moradia própria (SESPA, 2019).

2.1.3 Estrutura do sistema de saúde

A Constituição Federal definiu que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu no Artigo 7º, os princípios e diretrizes do sistema entre outros:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...) (BRASIL, 2007).

As dimensões territoriais e a cobertura da assistência à saúde no Estado do Pará representam um dos grandes desafios para o SUS considerando todas as especificidades: econômicas, geográficas e a diversidade cultural dos municípios. Quando surge a necessidade de uma assistência mais especializada seja do nível secundário ou terciário a situação fica cada vez mais difícil gerando a formação de enormes filas de espera para o atendimento especializado, visto que, a maioria dos atendimentos são realizados nas grandes cidades, deixando a população que reside nas localidades mais afastadas mais propícias à espera do atendimento (BRASIL, 2007).

Sendo consequência deste cenário os diversos e intensos deslocamentos populacionais do interior das cidades para a região metropolitana do estado buscando por um serviço de saúde mais complexo. Este fato demonstra o quão frágil está o sistema de saúde, pois foi planejado para ser descentralizado e regionalizado (BELTRÃO e CUNHA, 2011).

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2004), os serviços especializados sofrem um estrangulamento principalmente no nível de atenção secundária à exemplo: consultas médicas, exames de imagem e gráficos. Este fato demonstra que as lacunas assistências são enormes nas

regiões de saúde representando uma instabilidade na atenção integral à população que utiliza os serviços.

O estado do Pará dispõe de extensa rede pública. A rede de atenção é composta por 7.297 estabelecimentos de saúde, desse total a maioria continua com vínculo com SUS cerca de 54,32% e 45,70% não tem esse vínculo. E quando falamos na estrutura da gestão pública de saúde, os municípios têm predominância na gestão com 97,48%, acompanhada da gestão estadual com 1,49% e 1,03% possuem uma gestão dupla, ou seja, são aqueles municípios onde a gestão é compartilhada entre o estado e o município (SESPA, 2019).

Com relação a distribuição desses estabelecimentos nos municípios do estado, segundo dados obtidos pela Secretaria de Saúde Pública (2019), a maior parte desses estabelecimentos estão concentrados na região metropolitana do estado, no baixo amazonas e rio caetés, evidenciando que nas demais região distantes desses centros grande parte dispõe somente de equipamentos para atendimentos básicos (SESPA, 2019).

2.2 O pré-natal no brasil

No Brasil é reconhecida a importância de se ter um acompanhamento abrangente no pré-natal tendo como finalidade garantir o desenvolvimento saudável da gestação, possibilitando a concepção de um recém-nascido saudável, diminuindo o impacto para a saúde materna, abordando questões psicossociais, atividades educativas e de prevenção, ou seja, os cuidados oferecidos através do pré-natal garantem de forma efetiva um bom desenvolvimento gestacional a fim de evitar possíveis complicações no parto e no pós-parto (BRASIL, 2012).

É essencial que o pré-natal seja iniciado o mais precocemente possível, visando a garantia de uma adequada assistência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número mais adequado de consultas a ser realizado seria igual ou superior a seis consultas (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gravidez). Quando o parto não acontece até a 41ª semana é preciso encaminhar a gestante para a realização de avaliação com um profissional especializado, a fim de verificar o bem-estar fetal, avaliando no nível da quantidade de líquido amniótico além do monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2012).

Todo atendimento realizado durante a gestação deverá ser registrado na Caderneta da Gestante, todas as informações contidas nessa caderneta serão utilizadas nas unidades básicas de todo o País, principalmente pelos profissionais que atenderão essa mulher no momento do parto. Através desse monitoramento, os profissionais de saúde poderão realizar o

acompanhamento, o diagnóstico, o tratamento de doenças pré-existentes ou das possíveis doenças que poderão surgir durante o período gestacional (MELLO et al., 2022).

No decorrer das consultas do pré-natal a grávida deverá obter informações referentes aos seus direitos sejam eles trabalhistas, sociais e sobre os hábitos saudáveis de vida como os benefícios de uma alimentação adequada e saudável e a práticas de atividades físicas, e também quais os medicamentos esta mulher precisará tomar e principalmente quais ela deverá evitar para não prejudicar o desenvolvimento do feto. Além de informações sobre as mudanças que poderão ocorrer no decorrer da gestação, como o aumento da incidência de sono, do ritmo intestinal, das mudanças de humor, manchas na pele, enjoos e informações sobre quais são os sinais de risco em cada etapa da gravidez (RODRIGUES et al., 2021).

Segundo Brasil (1998), a Unidade Básica de Saúde (UBS), é considerada como a principal porta de entrada para os serviços de saúde e o acompanhamento do pré-natal, sendo através dessas unidades que as necessidades e as dúvidas das gestantes serão sanadas. Deste modo, as atividades assistenciais e as ações da atenção básica, são orientadas através dos princípios norteadores do SUS.

Brasil (2012), acredita que o cuidado com a gestante deve-se iniciar bem antes que ela adentre a UBS pois a equipe deverá conhecer a sua área de atuação e abrangência, e deverá oferecer diversas ações em saúde para esse público, isso por que se a equipe conhece o seu público criará um vínculo que permitirá uma melhor assistência através de aconselhamento e orientações quanto ao acesso para as redes assistências como por exemplo: média e alta complexidade, onde realizar os exames sejam eles laboratoriais ou de imagens, onde buscar assistência em caso de urgência e emergência e também onde buscar ajuda para questões psicossociais. Além de definir qual será o local de referência onde acontecerá o parto ou que a gestante poderá buscar ajudar quando precisar.

O caderno de atenção básica da saúde (atenção ao pré-natal de baixo risco) do ano de 2012, disponibiliza 10 passos para que o pré-natal aconteça de forma segura e de qualidade que são eles: seria iniciar o pré-natal na Atenção Primária à saúde até a 12^a semana de gestação; a garantia de recursos humanos, físicos materiais e técnicos para a atenção e cuidado no pré-natal; assegurar que toda gestante tenha a solicitação, realização e avaliação dos exames no tempo apropriado; proporcionar uma escuta ativa para a gestante bem como para seus acompanhantes, levando em conta os aspectos emocionais, intelectuais, sociais e culturais; realização de consultas, exames e gozar do acesso a informações, antes durante e após a gestação; segurança ao acesso nas unidades de referência especializada quando necessário; estimular e trazer

orientações sobre os benefícios do parto fisiológico (normal), incluindo neste contexto o desenvolvimento do plano de parto; a gestante tem o direito de conhecer e de visitar anteriormente o serviço de saúde onde será realizado o parto; sendo essencial que as gestantes compreendam e exerçam os seus direitos garantidos por lei durante o período gravídico e puerperal (BRASIL, 2013).

Segundo a Conferência Internacional sobre Populações e Desenvolvimento ocorrida no ano de 1994, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo capacidade reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes fazê-lo” (CIPD, 1994).

Segundo Laurell (1982), saúde e doença estão diretamente interligadas e são consequências da ação de vários fatores à exemplo temos: econômicos, sociais, históricos, culturais entre outros. Por isso o perfil de saúde e doença terão um resultado diferente no tempo e no espaço, dependendo do grau de desenvolvimento social e econômico da população de uma determinada região.

Segundo Brasil (2004), as desigualdades culturais, sociais e econômicas estão muito presentes no processo de adoecimento da população principalmente na vida de pessoas mais expostas a uma vida precária, ficando mais visíveis para a população feminina pois, um número maior de mulheres que trabalham por mais tempo que os homens, além de exercer atividades que não são remuneradas esses fatores afetam diretamente o acesso dessa mulher aos bens de sociais consequentemente aos serviços de saúde.

Para Ribeiro e Nardocci (2013), fatores culturais, sociais e principalmente econômicos podem influenciar no surgimento de problemas de saúde de uma determinada população o que não seria diferente quando falamos das gestantes, portanto torna-se indispensável conhecer o perfil socioeconômico dessas mulheres para realizar a detecção precoce de possíveis complicações durante o desenvolvimento da gestação.

A saúde da mulher foi inserida no contexto das políticas nacionais de saúde no Brasil somente nas décadas do século XX, porém estavam restritas somente para as demandas relacionada a gravidez e ao parto. Nesse período a visão sobre a mulher apresentava muito limitada tendo papel prioritariamente de doméstica, sendo a única responsável pela educação e criação dos filhos. Esses programas sofriam muitas críticas pelos movimentos feministas pois a mulher só tinha acesso aos cuidados no período gestacional e no puerpério. Tais movimentos

evidenciaram as desigualdades nas condições de vida dessa população (ÁVILA e BANDLER, 1991).

A busca pelos direitos das mulheres e a necessidade de atenção à saúde em todos os ciclos da vida, contemplando todas as características dos diferentes grupos populacionais, considerando todas as questões econômicas, culturais e sociais, impulsionou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa segue como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização, equidade e integralidade (BRASIL, 1984).

A elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, ocorreu em 2004 e teve como base o PAISM. O PNAISM surge com objetivo de oferecer apoio aos estados e municípios executando ações de saúde da mulher respeitando todos os direitos e a situação econômica e social. Incluindo ações educativas voltadas para a prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento de qualidade e recuperação da saúde, abrangendo a assistência no pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar e outras necessidades vindas do público feminino (BRASIL, 1984).

No mesmo ano o Ministério da Saúde publicou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo de facilitar as articulações e movimentos direcionado para o melhoramento da qualidade de vida das mulheres e das crianças. Mesmo após a criação dessas políticas, promover a garantia e o avanço do direito à saúde, ainda encontra muitos obstáculos a serem ultrapassados entre eles estão as interferências obstétricas consideradas desnecessárias à exemplo: cesariana eletiva, procedimento em muitos casos acontece sem indicação clínica, sendo realizado em muitos casos pelo medo do parto vaginal (GAMA, TOMAZ e BITTENCOURT, 2021).

Após a criação do PNAISM, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha (RC) através da portaria de nº 1.459 de 24 de junho de 2011 que se apresenta como uma estratégia para implementação e aperfeiçoamento das redes de cuidados, assegurando que a mulher tenha acesso ao direito do planejamento reprodutivo e que tenha uma atenção humanizada durante a gravidez, parto e no puerpério, garantindo o nascimento seguro e o crescimento saudável das crianças (BRASIL, 2011).

2.3 Sistemas de informação

A informação em saúde é um produto alcançado após a combinação de vários dados de alguma situação. É fundamental para subsidiar na tomada de decisões no campo das políticas públicas, seja no planejamento, na execução e na análise das ações. Apesar de ser um recurso

importante no decorrer dos anos sofreu modificações nas suas formas de se obter as informações, no processo de armazenamento ou na transmissão das informações (RODRIGUES et al., 2022).

Para Ferreira (1999), os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como o conjunto de elementos tendo: departamento estatístico em saúde, estruturas administrativas além de unidade de informação atuando em conjunto com propósito de elaborar e fornecer informações essenciais, ou seja, a característica principal do SIS são as formas padronizadas na coleta, registro, processamento, guarda e recuperação de dados responsáveis na tomada de decisão das políticas públicas, sendo o Departamento de Informações do SUS (DATASUS), o principal responsável pela guarda e preservação dos dados dos SIS.

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) tem como base a Declaração de Nascido Vivo (DNV), sendo um documento criado pelo Ministério da Saúde com uso obrigatório em todo o País, é um importante sistema capaz de calcular os nascidos vivos além de oferecer muitas informações de grande relevância sobre a gravidez, o tipo de parto e as condições das crianças no momento do nascimento. Essas informações obtidas no SINASC possibilitará a criação de ações em saúde voltadas para a promoção e prevenção em saúde (CUNHA e VARGENS, 2017).

A declaração de nascido vivo é constituída por 8 blocos, apresentando um total de 52 campos a ser preenchido, contendo dados estatísticos, sócio demográficos e epidemiológicos, descritos no quadro a seguir:

Quadro 1- Declaração de nascido vivo: descrição dos campos

Bloco	Campo	Descrição
I	1 a 6	Identificação do recém-nascido, características do bebê, data e hora do parto;
II	7 a 13	Informações sobre o local onde ocorreu o parto;
III	14 a 27	Informações sobre a mãe do recém-nascido;
IV	28 a 29	Informações sobre o pai;
V	30 a 40	Informações sobre a gestação atual o parto e as anteriores
VI	41	Identificação de anomalia congênita;
VII	42 a 47	Identificação do responsável pelo preenchimento da declaração de nascido vivo
VIII	48 a 52	Identificação do cartório onde foi efetuado o registro do nascimento

Fonte: Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (BRASIL, 2011).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, com abordagem quantitativa, descritiva de caráter exploratório, utilizando dados pré-existentes de banco secundários. Este tipo de estudo torna-se importante para o campo da saúde coletiva, pois ele estuda a distribuição e os determinantes das doenças e como estão relacionadas com a saúde de uma população específica (BONITA, BEAGLEHOLE e KJLLSTROM, 2010).

Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas buscam como objetivo principal realizar a descrição das características da população ou do fenômeno coletando os dados de forma padronizada através de características de um determinado grupo como: sua distribuição por faixa etária, nível de escolaridade, sexo, entre outras.

O tipo de investigação escolhida para esta pesquisa foi a exploratória, que segundo Menezes et al (2019), possui a finalidade de esclarecer, desenvolver e modificar ideias sendo realizadas através de levantamento bibliográfico e documental. Quanto ao tipo de estudo optou-se por um estudo de natureza quantitativa, visto que, pretende-se realizar a busca pelo número de ocorrência de um fenômeno e sua intensidade (DOLFOVO, LANA e SILVEIRA, 2008). Neste estudo foi utilizado um recorte temporal de 10 anos e um recorte de área pesquisa da cidade de Santarém, Pará.

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através do DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>), por meio do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), para obter dados e analisar a realização do pré-natal em mulheres de Santarém entre os anos de 2011 a 2020, identificar o perfil sociodemográfico desse público e verificar o número de consultas realizadas no pré-natal, o tipo de parto e a duração da gestação de mulheres atendidas em Santarém. Cabe ressaltar que a seleção da série histórica dos últimos 10 anos teve como base a disponibilidade dos dados, em que se encontravam viáveis o período anterior a 2020.

Os dados acessados foram informações sobre: idade materna, estado civil, grau de instrução materna, duração da gravidez, consultas de pré-natal, tipo de parto, tipo de gravidez, local de ocorrência, sexo e cor/raça. Após o acesso aos dados, as informações foram organizadas no programa Microsoft Excel.

3.3 Análise de dados

A análise de dados se deu no programa Microsoft Excel, onde foi realizada a estatística descritiva (frequência relativa e absoluta) das informações coletadas, que foram disponibilizadas em tabelas. Segundo Gil (2008), o principal objetivo da análise de dados é proporcionar a organização e sumarização de dados, descrição de aspectos e características importantes para obtenção de respostas ao problema proposto na pesquisa, ou seja, é a formação de sentido para os dados, realizando a consolidação, limitação e a interpretação. E esta fase foi realizada de maneira descritiva, para organizar, resumir, descrever e comparar as características encontradas nos dados, em que foi utilizado gráficos, tabelas e quadros para sintetizá-las (REIS e REIS, 2002).

Para realizar a caracterização e descrição das informações sobre a realização do pré-natal, perfil socioeconômico e o número de consultas realizadas por mulheres em Santarém, precisou de uma análise descritiva e exploratória a fim de adquirir detalhadamente dados e informações sobre o assunto estudado. No decorrer da análise desses dados que a pesquisadora passa a entender melhor os achados retirados dos bancos de dados e se aproxima dos significados e discussões sobre o tema (TEIXEIRA, 2003).

3.4 Critérios éticos

Este é um estudo que não necessita de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa pois é um estudo indireto que busca dados de fontes secundárias para pesquisa pública, disponíveis no DATASUS. Quanto aos critérios éticos da pesquisa a mesma procedeu-se seguindo todas as recomendações descritas na Resolução nº466 do ano de 2012 da Comissão Nacional de Saúde (CNS), onde existe diretrizes e normas regulamentadas que precisam ser executadas quando existem projetos de pesquisas envolvendo seres humanos. A ética na pesquisa apoia-se nos princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (TAKAHASHI et al., 2011). Desse modo, a pesquisa foi executada atendendo todos os fundamentos éticos e científicos exigidos, evitando qualquer dano à sociedade.

A pesquisa foi realizada através de coleta de dados de fontes secundária, ou seja, bancos de dados. Desse modo, não apresentou risco de curto, médio e longo prazo e não ocorreu exibição de informações que gere a identificação dos indivíduos do público pesquisado, além de não oferecer riscos biológicos, físicos, psíquicos, sociais, moral ou intelectual. Os possíveis riscos associados a pesquisa se encontram na possibilidade de falsear resultados. Entretanto, os dados foram analisados com veracidade e rigor, podendo ser confrontados e comparadas por

outros estudos na área e o estudo considera as questões éticas prevista na Resolução do CNS nº466 do ano de 2012.

Esta pesquisa possibilita a obtenção de dados referentes a idade, estado civil, instrução, duração da gravidez, consultas de pré-natal, tipo de parto, tipo de gravidez, local de ocorrência, sexo, cor/raça dos bebês de mulheres residentes da cidade de Santarém entre os anos de 2011 a 2020, podendo contribuir para elaboração ou aprimoramento das políticas públicas destinadas para esse público. Por se tratar de dados que descreve grupos populacionais com caracterização de perfil sociodemográfico informações de renda escolaridade, estes serão guardados sob a responsabilidade do pesquisador principal.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2011 a 2020, houve um total de 66.115 nascidos vivos na cidade de Santarém-PA. Destes, a maioria foi de mães com idade entre 20 a 24 anos (28,6%), seguidas das mães de 25 a 29 anos (23,9%) e das mais jovens com idades de 15 a 19 anos (19,8%). Com relação ao estado civil das mães dos nascidos vivos a maioria possui união consensual (49,1%), seguida das mães solteira com (31,1%) e das casadas com (18,4%). Em relação ao grau de instrução materna, a maioria possuía de 8 a 11 anos de escolaridade (62,3%), seguida de mães com escolaridade de 4 a 7 anos (19,2%) e com (14,1%) mulheres com escolaridade com 12 anos ou mais anos de estudo (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres que realizaram o pré-natal do município de Santarém, Pará, Brasil, 2011 a 2020.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
10 a 14	630	1,0
15 a 19	13103	19,8
20 a 24	18903	28,6
25 a 29	15780	23,9
30 a 34	10691	16,2
35 a 39	5443	8,2
40 a 44	1462	2,2
45 a 49	94	0,1
50 a 54	9	0,0
Estado civil mãe		
Solteira	20558	31,1
Casada	12186	18,4
Viúva	65	0,1
Separada judicialmente	163	0,2
União consensual	32442	49,1
Ignorado	701	1,1
Instrução da mãe		
Nenhuma	171	0,3
1 a 3 anos	1851	2,8
4 a 7 anos	12716	19,2

8 a 11 anos	41175	62,3
12 anos e mais	9355	14,1
Ignorado	847	1,3
Cor/raça		
Branca	2304	3,5
Preta	390	0,6
Amarela	53	0,1
Parda	62201	94,1
Indígena	308	0,5
Ignorado	859	1,3
Total	66115	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acesso em 15 de novembro 2022.

No Brasil, questões relacionadas à saúde reprodutiva têm despertado interesse por muitos estudiosos que procuram analisar quais fatores podem interferir na realização do pré-natal. Neste estudo, observou-se que a maioria das parturientes possuíam idade consideradas jovens e no período fértil. Apesar do padrão de fecundidade da população brasileira ter se modificado consideravelmente nas últimas décadas, visto que, a maior taxa de fecundidade é de mulheres adultas (FERNANDES, SANTOS e BARBOSA, 2019).

Para Santiago (2016) e Pitombeira et al., (2010), afirmam que essa taxa de fecundidade pode sofrer alterações dependendo do lugar que a mulher reside (área urbana ou rural), isto porque, tradicionalmente as áreas rurais têm maiores taxas de fecundidade podendo estar associado à dificuldade do acesso aos métodos contraceptivos, do planejamento familiar e outras questões sociais.

O Ministério da Saúde brasileiro (2004), afirma que nos últimos anos no Brasil, o número de nascimentos apresentou uma tendência de alta para mulheres consideradas adultas. Porém, observa-se que na cidade de Santarém entre os anos de 2011 a 2020, essa tendência não prevaleceu, sendo que a maioria das mulheres que tiveram filhos nesse período tinham idades de 15 a 29 anos, incluindo nesse grupo mulheres jovens.

No presente estudo, ao analisar a declaração de nascidos vivos das mulheres que tiveram filhos em Santarém, 99,9% (n=66106) estavam em idade fértil e foram acompanhadas na rede de atenção à saúde do município. Brasil (2019), considera a idade fértil das mulheres de 10 a 49 anos, sendo que cada uma destas mulheres, vivenciam contextos sociais, culturais e familiares diferentes.

Nos achados deste estudo observa-se que na variável faixa etária das mulheres do município de Santarém a maioria tinha entre 20 a 24 anos, com percentual de 28,6% (n=18903), seguidas de mães com idade de 25 a 29 anos 23,9% (n=15780), sendo consideradas mulheres jovens adultas.

Vignoli e Cavenachi (2017), revelam em seus estudos que essa alta na taxa de fecundidade entre os jovens brasileiros não acontece de forma intencional, visto que, a grande maioria dessas jovens não pretendiam ser mães nesse período. Esses índices elevados podem ser explicados pela escassez do acesso aos serviços de prevenção e da falta de acesso e orientação sobre os métodos contraceptivos disponibilizados nos serviços públicos de saúde do seu território.

Este estudo apresentou um percentual considerável de mulheres que engravidaram com idade entre 15 a 19 anos com 19,8% (n=13103), chamando a atenção, pois esse é um período considerado importante na vida e no desenvolvimento dessa jovem. Santos et al., (2017) e Simões et al., (2003) corroboram com esse dado encontrado na cidade de Santarém, quando afirmam em seus estudos que o percentual de partos ocorrido no território nacional é de mulheres com idade abaixo dos 20 anos.

Fernandes, Santos e Barbosa (2019), concorda também com esse dado pois em seus estudos observou-se que a idade para a primeira gestação das mulheres brasileiras também ficou concentrada na faixa etária mulheres jovens, considerando as diferenças regionais, sociais e culturais em que a mulher está inserida.

A gravidez traz um conjunto responsabilidades para a jovem que na maioria das vezes ainda está passando pelo processo de amadurecimento, ocorrendo muitas modificações físicas, psicológicas e emocionais (BRASIL, 2005); (PITOMBEIRA et al., 2010). Além de prejudicar o processo de amadurecimento dessa jovem a gravidez precoce pode trazer muitas consequências preocupante como a rejeição familiar onde a família não aceita o fato da mulher estar grávida tão cedo e essa rejeição pode gerar o aborto em condições inseguras trazendo risco para a saúde dessa jovem, a evasão escolar pois a jovem pode ficar envergonhada e ter medo do julgamento de seus colegas, aliado a essas consequências podemos incluir também a não realização das consultas de pré-natal adequadamente podendo gerar nascimentos de bebês prematuros e complicações no momento do parto, entre outros (TABORDA et al., 2014).

Vale destacar que discussão apresentada, não estigmatiza a gravidez entre jovens, como sendo necessariamente caracterizada como um agravo, ou um aspecto de dano a mulher, pode ser um marco para consolidar a fase adulta, reforçar desejos de conquistas profissionais e de formação. Mas, os autores mencionados refletem sobre a falta de estruturação familiar e conjugal para a consolidação desses desejos.

Nesta pesquisa, mulheres com idade maior que 30 anos chegou ao percentual de 26,7% (n=17699). Esse aumento pode ser explicado em função das mulheres nessa faixa etária estarem

usufruindo de um nível econômico melhor. No entanto, mulheres que engravidam após essa faixa etária, podem apresentar maiores riscos para resultados perinatais adversos, à exemplo, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, aumento de casos de hipertensão arterial/pré-eclâmpsia. (SANTOS, MARTINS e SOUSA et al., 2008); (FERNANDES, SANTOS e BARBOSA, 2019).

Sobre o estado civil, os achados deste estudo revelaram grande número de uniões consensuais com 49,1% (n=32442) entre mulheres residentes da cidade de Santarém, ou seja, mulheres que residem com o parceiro mesmo não estando casadas perante a lei ou religião (PERSONA, SHIMO e TARALLO, 2004). Corroborando com esses dados temos o estudo realizado por Sabroza et al., (2004), que demonstra também um percentual bem elevado de mulheres que estavam em união consensual.

Para Santiago (2016), esse percentual mais elevado de união consensual se dar devido essas mulheres terem um poder aquisitivo menor em comparação com as mulheres de outras regiões do país. Mas, a autora enfatiza também que esse tipo de união tem ganhado muito destaque entre as classes médias tornando-se como uma espécie de casamento experimental podendo posteriormente ser formalizado.

O estudo de Lazo e Moraes (2004), aponta que a união consensual, está presente na maioria dos casos entre os mais jovens. Segundo Alves (1994), em seus estudos, a maioria dessas mulheres que estão nessa situação conjugal são aquelas que vivem em famílias economicamente menos favorecidas, e que quando descobre a gravidez decidem morar junto com o pai da criança para não serem estigmatizadas e para não causar constrangimentos para seus familiares.

Leal et al., (2004), destaca que é importante ressaltar que a fecundidade entre as mulheres brasileiras pode sofrer uma variação dependendo da sua situação conjugal em que vive, apresentando maiores taxas de fecundidade para aquelas mulheres em situação de união consensual. E esse tipo de relacionamento vem sendo apontado como um dos motivos para a diminuição na taxa de casamentos formais.

Quanto ao percentual de mães solteiras neste estudo foi de 31,1% (n=20558), os dados encontrados nessa pesquisa fortalecem os achados em uma pesquisa realizada no município de Coari no Amazonas entre os anos de 2011 a 2015, no qual demonstra que as mulheres que se declararam solteiras ficaram em segundo lugar em relação a união consensual (DOS SANTOS, 2018).

Segundo Santos et al., (2014), afirma que muitos estudiosos sugerem que fatores como ausência do apoio do parceiro e em muitos casos a falta de uma rede de apoio familiar, gera

uma responsabilidade ainda maior para essa mulher podendo interferir no estado de saúde dessa gestante, gerando possíveis complicações no crescimento e desenvolvimento do bebê.

Com relação ao grau de instrução materna, observamos que a maioria possuía de 8 a 11 anos de escolaridade 62,3% (n=41175). A escolaridade das mães brasileiras nos últimos anos apresenta-se como importante variável para a avaliação da fecundidade da população feminina. Visto que existe uma relação entre o grau de instrução da mãe com a ocorrência de nascimentos, além de estar relacionado também com nascimentos de recém-nascido com baixo peso ao nascer (HAIDAR, OLIVEIRA e NASCIMENTO, 2001).

Nascimento et al., (2003), considera a baixa escolaridade como aquela menor que 8 anos de estudos, sendo fator principal para a desinformação no período da gestação tendo como consequência a dificuldade do acesso da gestante ao pré-natal, gerando possíveis situações de risco para a mãe e para o bebê. Pois as mulheres que possuem um menor grau de instrução procuram pelos serviços de saúde da rede pública seja para realização das consultas de pré-natal e demais serviços ofertados pelas unidades públicas de saúde, e quanto menor o grau de instrução materna maiores são as chances para o início tardio do acompanhamento do pré-natal (RODRIGUES, TOBIAS e TEIXEIRA, 2021); (HAIDAR, OLIVEIRA e NASCIMENTO, 2001).

O cuidado e o acompanhamento durante a gestação têm uma relação importante entre os profissionais da saúde e a gestante, sendo que esse é um dos momentos mais importante para o repasse das informações sobre esse período em que as mudanças fisiológicas e comportamentais estão mais acentuadas, por isso é necessário que a mulher compreenda todas as informações fornecidas pelos profissionais de saúde para que no fim tenha uma assistência de qualidade evitando complicações futuras (REIS et al., 2021).

Em relação a raça/cor, foi possível identificar neste estudo o predomínio de mulheres pardas com percentual de 94,1% (n=62201), corroborando com o estudo de Santiago et al., (2020), no qual, demonstrou em sua pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde de Teresina a prevalência mulheres pardas no acompanhamento do pré-natal.

A diversidade racial da população brasileira é umas das que mais apresentam destaque entre os países. As pesquisas do IBGE adotam uma metodologia específica na divisão em categorias da população brasileira sendo: branca, parda, indígena e amarela. Porém, algumas categorias são muito criticadas por estudiosos, tendo em vista que, muitas pessoas não se identificam com a nomenclatura utilizada nas pesquisas (BRASIL, 2010); (SANTIAGO, 2012).

Com relação a duração da gestação, neste estudo prevaleceu a gestação de 37 a 41 semanas considerados a termo (74,2%), seguida de 32 a 36 semanas (9,9%) e gestação de 42 semanas (6,4%). Com relação ao número de consultas de pré-natal realizadas foi observado que grande parte das mães realizaram entre 7 ou mais consultas (48,8%), seguidas das que realizaram entre 4 a 6 consultas (35,5%), as demais realizaram entre 1 a 3 consultas (12,3%) ou não realizaram nenhuma consulta de pré-natal (3,3%). O tipo de gravidez, no que se refere ao número de conceptos, o que prevaleceu neste estudo foi, gestação com único concepto (98,3%), seguida de gestação dupla - gêmeos (1,4%). Em tipo de parto, o vaginal (67,9%) e o cesariano com (31,9%). E para a maioria dos partos ocorridos em Santarém aconteceram em hospitais atingindo um percentual de (92,9%) e (6,8%) aconteceram em domicílio e a maioria dos bebês foram do sexo masculino (50,9%) e (49,1%) do sexo feminino (tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da assistência no pré-natal e parto de mulheres residentes no município Santarém, Pará, Brasil, 2011 a 2020.

Variáveis	n	%
Duração gestação		
Menos de 22 semanas	53	0,1
De 22 a 27 semanas	377	0,6
De 28 a 31 semanas	847	1,3
De 32 a 36 semanas	6519	9,9
De 37 a 41 semanas	49026	74,2
42 semanas ou mais	4215	6,4
Ignorado	5078	7,7
Consultas de pré-natal		
Nenhuma	2153	3,3
De 1 a 3 consultas	8159	12,3
De 4 a 6 consultas	23501	35,5
7 ou mais consultas	32259	48,8
Ignorado	43	0,1
Tipo de parto		
Vaginal	44871	67,9
Cesário	21099	31,9
Ignorado	145	0,2
Tipo de gravidez		
Única	65019	98,3
Dupla	958	1,4
Tripla e mais	29	0,0
Ignorada	109	0,2
Local de ocorrência		
Hospital	61451	92,9
Outro Estabelecimento de Saúde	78	0,1
Domicílio	4472	6,8
Outro	112	0,2
Ignorado	2	0,0
Sexo		
Masculino	33668	50,9

Feminino	32441	49,1
Ignorado	6	0,0
Total	66115	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em 15 de novembro de 2022.

Considerando as variáveis relacionadas a caracterização da assistência no pré-natal e parto de mulheres residentes do município de Santarém (tabela 2). O presente estudo apresentou a maioria das mulheres tiveram gravidez única, ou seja, com apenas um único concepto (n= 65019), representando 98,3% sendo considerada a mais comum entre os tipos de gestação. A gestação dupla é mais rara de acontecer neste estudo apenas 1,4% (n= 958), das mulheres tiveram esse tipo, apesar de ser muito rara é totalmente possível a ocorrência devido a hereditariedade ou através de procedimentos com a fertilização (DIAS, DE ANTONI E VARGAS, 2020).

Essa prevalência de gravidez única foi encontrada também em um estudo realizado por Schuster et al., (2004), quando 97,7% dos partos ocorridos no município de Ijuí-RS foram gravidez únicas, ou seja, com apenas um único concepto.

Com relação ao local de ocorrência dos partos deste estudo, maioria 92,9% (n=61451), ocorreu em hospitais estando de acordo com a investigação feita por Silva, Tobias e Teixeira (2019); Oliveira et al., (2015). Mascarenhas (2006), concorda com esse achado pois para ele esse percentual elevado pode ser justificado pelo fato desse local apresentar maior preparo para receber essa mulher, tendo uma equipe de profissionais composta por médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e salas para um possível parto cesáreo de emergência.

Nesse sentido, Viellas et al., (2021), afirma que quando se tem uma gestação de alto risco o Sistema de Saúde deverá estar preparado para acolher e prestar a melhor assistência tanto para a mãe quanto para o bebê, e os atendimento precisam começar bem cedo desde a assistência nas unidades básicas de saúde, nos ambulatórios, nos serviços especializados e hospitais de média e alta complexidade, sempre mantendo a comunicação com a gestante e seus familiares sobre os procedimentos a serem realizados para com a gestante.

Outro percentual que chamou a atenção neste estudo foi a ocorrência de parto em domicílio, com percentual de 6,8% (n= 4472). Um estudo retrospectivo de Mott (2012), demonstrou que em 1945, em São Paulo as mulheres preferiam ter seus bebês nas suas casas onde se sentiam mais seguras.

Em Santarém esse percentual de partos realizados em domicílios pode ser uma consequência da localidade da residência dessa mulher, visto que, a região de rios que possui

muitas comunidades ribeirinhas e quilombolas com localização distante da cidade levando horas para chegar na cidade. E esses podem ser os entraves para o acesso aos serviços de média e alta complexidade no momento da realização do parto (BRASIL, 2010).

Antigamente era muito comum a realização dos partos em domicílios, onde a mulher era acompanhada por parteiras ou por algum familiar, porém, os partos nesses locais sem estrutura representavam uma taxa muito alta de mortalidade materna e neonatal. E para tentar diminuir essas taxas os partos eram direcionados para as unidades hospitalares onde já se tinha tecnologias capaz de realizar um parto seguro (BRASIL, 2010).

Como vimos anteriormente que a maioria dos partos ocorridos no País ocorre no ambiente hospitalar, apesar disso, ainda existe um certo percentual de partos realizados em outros cenários como o parto domiciliar. Segundo Brasil (2010) p.14, “[...]nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso são as parteiras que prestam assistência às mulheres e crianças[...]”. Dados sobre os nascimentos ocorridos no estado Amazonas em 2016 mostrou que 6,17% ocorreram em domicílio (SILVA, DIAS-SCOPEL e SCHWEICKARDT, 2020).

Nos últimos anos vem ocorrendo um movimento do parto humanizado e natural sendo realizado com mais frequência por mulheres no Brasil, principalmente por aquelas que possuem alto poder aquisitivo. Por isso as políticas de humanização para esse tipo de parto precisam ser criadas e ampliadas e principalmente que haja melhoria na divulgação para que as mulheres possam ser informadas sobre o processo no qual ela é a principal protagonista, esclarecendo que o parto normal é um fenômeno fisiológico e geralmente não precisa de nenhuma intervenção. Sendo necessário que o ambiente do parto seja acolhedor, incentivando e garantindo que a mulher seja acompanhada por uma pessoa de sua confiança e de sua escolha (FIALHO et al., 2018).

Todo esse processo precisa ser acompanhado por médicos, mas não precisa realizar nenhuma intervenção farmacológica com o intuito de acelerar o parto, pois o bebê precisa nascer no seu tempo, e logo de imediato ao nascimento seja proporcionado o contato mãe e filho com mais eficácia, criando maiores vínculos entre eles (MORAIS et al., 2019).

O parto tradicionalmente faz parte da vida reprodutiva feminina sendo expressadas por muitas mulheres como uma das experiências mais importantes e marcante da sua vida (SILVA, 2014). Observa-se nesse estudo que a variável tipo de parto houve uma certa predominância de parto vaginal com 67,9% (n=44871) em relação ao parto cesáreo. Segundo Brasil (2017), corrobora com esses dados quando afirma o aumento de partos normais nos anos 2015 e 2016 dentre a população feminina brasileira.

Sabe-se que existem dois tipos de partos: o parto normal ocorrido pela via vaginal e o parto cesárea onde a mulher é submetida a procedimento cirúrgico. Os benefícios do parto vaginal são muitos tanto para a mãe quanto para o bebê, uma vez que, este tipo respeita o tempo correto de nascimento do bebê, tendo a ocorrência de bebês nascidos a termo tendo maiores chances de desenvolvimento saudável, além da recuperação materna ser mais rápida evitando possíveis complicações (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017).

Essa mesma prevalência de partos normais foi encontrada em um estudo realizado no estado do Piauí entre os anos de 2000 a 2002 (MASCARENHAS, RODRIGUES e MONTE, 2006). A decisão sobre qual será a via de parto é motivada por muitos fatores, experiências vivenciadas pela própria mulher, ou por relatos de como ocorreu o parto de pessoas próximas a essa mulher (SILVA, 2014).

Alguns fatores podem interferir na realização de futuros partos normais. Diniz (2009), relata em seus estudos que muitas mulheres que optavam por realizar o parto normal passaram por procedimentos desnecessários como a tricotomia, episiotomia e lavagens intestinais, e tais fatos mostraram-se decisivos para a não realização de futuros partos normais, ou seja, muitas mulheres desse estudo não tiveram experiências positivas.

Um dos fatores que vem se destacando para o aumento da morbimortalidade durante o perinatal são os nascimentos considerados pré-termo, ou seja, aquele bebê que nasce antes do tempo preconizado. A OMS classifica a duração da gestação em pré-termo ou prematuridade (menos que 37 semanas), a termo (de 37 a 41 semanas) e pós-termo (42 ou mais semanas de gestação) (BRASIL, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde dentro do território nacional cerca de 11,1% dos nascimentos são considerados prematuros, e como consequência acaba ocupando a 10^a posição dentre os países com taxa de nascimentos menor que 37 semanas de gestação (BRASIL, 2014). Por isso, o acompanhamento da duração da gestação é muito importante para o crescimento e desenvolvimento do bebê, visto que, é a partir dela que os profissionais da saúde poderão verificar o peso ao nascer evitando possíveis complicações como o nascimento prematuro.

Em dados coletados do SINASC entre os anos de 1982 a 2004, apresentaram um aumento gradativo para os nascimentos de bebês pré-termo (BRASI, 2007). Ao contrário dos dados desse estudo em Santarém entre os anos de 2011 a 2020 a maioria 74,2% (n=49026) dos partos ocorridos na cidade foram de bebês a termo (maior que 37 semanas de gestação), ou seja, ocorreu no tempo certo para o bebê. Brasil (2019), afirma que quando há a ocorrência de

nascimento no tempo certo o recém-nascido têm maior facilidade para amamentar nas primeiras semanas de vida, ganhando peso além de ter maiores chances de um desenvolvendo saudável.

Já os bebês considerados pré-termo (menor que 37 semanas de gestação) representaram 11,7% do total de recém-nascidos. Em um estudo realizado por Melo et al., (2022), mostra a relação de algumas intercorrências que causam o parto precoce como: sangramentos, infecções do trato urinário, hipertensão arterial, diabetes mellitus além desses fatores podemos incluir também o início tardio das consultas e acompanhamento do pré-natal que podem interferir direta ou indireta nesse processo.

Dentre os nascidos vivos em Santarém entre anos de 2011 a 2020 houve uma predominância de nascimentos do sexo masculino com percentual de 50,9% (n= 33668). Essa predominância é encontrada também nos achados de Silva, Tobias e Teixeira (2019); Oliveira et al., 2015) quando demonstra que a quantidade nascimentos vivos do sexo masculino supera os nascimentos do sexo feminino, sendo considerado como uma tendência mundial permanecendo neste cenário por muitos anos. Essa mesma predominância é encontrada no estudo realizado por (MASCARENHAS, RODRIGUES e MONTE, 2006).

O percentual de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal atingiu 48,8%, seguidas das gestantes que tiveram de 4 a 6 consultas 35,5% durante a gestação, juntas somam um total de 84,3%, esses dados corroboram com Brasil (2013), quando preconiza no mínimo seis consultas durante o período gestacional, foi observado também que houve a diminuição de gestantes que não realizaram o pré-natal corretamente, ou seja, que não seguiram as recomendações preconizado pelo Ministério da Saúde.

É importante destacar que esta variável é considerada para muitos estudiosos como fator primordial para avaliação da qualidade dos programas destinados para esse público, vale destacar que a assistência prestada para gestante deve ser de qualidade tendo início na Atenção Primária. Sendo ofertada dentro do sistema saúde de forma integral e gratuita, pois nesse nível de atenção é possível a resolução de 80% dos problemas enfrentados por esse público em questão onde são oferecidas diversas orientações sobre as vacinas, aleitamento materno entre outros (RODRIGUES, TOBIAS e TEIXEIRA, 2021).

Os achados desse estudo demonstram a importância da realização e o acompanhamento adequado do pré-natal a fim de evitar a morte e complicações da mãe e do bebê. Ribeiro (2019), relata que nos últimos anos o número de consultas de pré-natal realizadas pela mulher durante o período gravídico está sendo um bom indicador para avaliar e verificar a assistência e a qualidade do serviço prestado para à saúde da mulher.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível analisar os dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e caracterizar a população materna de Santarém entre os anos de 2011 a 2020. A faixa etária mais prevalente da gestação foi entre 15 a 29 anos de idade, a maioria em união consensual, autodeclaradas pardas e com 8 a 11 anos de estudos. Com relação a assistência no pré-natal e parto, verificou-se que a maioria realizou o número de consultas preconizadas pelos órgãos de saúde, tiveram bebê a termo, do sexo masculino, de parto vaginal e nasceu principalmente em hospitais, mas, merece destaque o quantitativo de parto domiciliares.

Os achados catalogados no estudo apontam de forma preliminar que as recomendações estabelecidas na Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher quanto aos cuidados gravídicos, refletem a implementação do acompanhamento do pré-natal no município de Santarém. Entretanto, é importante considerar que o número de partos domiciliares pode demonstrar as dificuldades para o acesso aos serviços da rede de atenção à saúde em territórios, rurais, ribeirinhos, indígenas e quilombolas, apontando os entraves para a integralidade do cuidado.

O estudo pode subsidiar a consolidação de políticas públicas de acompanhamento gravídico ao discutir as particularidades dos territórios locais, gerar dados do contexto regional, traçar comparações com outras regiões ou com o âmbito nacional e subsidiar o trabalho de equipes multiprofissionais ao analisar uma linha do tempo de 10 anos, em um período que conta com marcadores importantes para a temática, como a Rede Cegonha, o que permite compreender avanços e possíveis desafios na atenção à saúde da mulher.

Apesar das limitações do estudo em aspectos como a identificação dos nascimentos da rede pública e privada, da rede de realização do pré-natal e da identificação dos bairros das notificações, em função dos dados do estudo terem sido obtidos no Datasus, acredita-se como uma perspectiva futura, do estudo a divulgação dos dados da pesquisa através da publicação em revista científica, além de fomentar subsídios para a realização de pesquisas de cunho local, com a análise do perfil das mulheres que realizaram o pré-natal em Santarém, podendo amparar as discussões sobre o acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura do pré-natal.

Vele resgatar para os encaminhamentos finais, as indagações que surgiram no ambiente profissional da autora e motivaram o estudo, quanto a possíveis correspondências entre internação na Unidade de Terapia Intensiva neonatal e a realização do pré-natal. Os achados

apontam para o cumprimento dos aspectos preconizados na Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher quanto ao acompanhamento gravídico, como: o número de consultas no pré-natal, o tipo de parto e o tempo de duração do parto. Entretanto, os aspectos de natureza sociodemográfica, como a escolaridade e a idade gestacional, trazem para a discussão que as vulnerabilidades de âmbito individual e social impactam na gestação e conseqüentemente no nascimento das crianças.

É necessário discutir em espaços diversos como escolas, igrejas, centros sociais, sobre as ferramentas para a promoção da saúde reprodutiva como um momento de escolha autônoma, consciente e planejada da mulher, que permita-a viver a maternidade com saúde física, psicológica e mental. Ainda que as estratégias de educação em saúde, não sejam instrumentos salvadores da atitude humana, informação e comunicação de qualidade é essencial para o protagonismo feminino e paternidade consciente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. DE et al. **Precipitação nas mesorregiões do estado do Pará: climatologia, variabilidade e tendências nas últimas décadas (1978-2008)**. 2010.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Transições da fecundidade e relações de gênero no Brasil. 1994. 298f. **Tese de Doutorado**. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1994.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. A **Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, Mimeo. 1991.

BELTRÃO, Jane Felipe; CUNHA, Mainá Jailson Sampaio. Resposta à diversidade: políticas afirmativas para povos tradicionais, a experiência da Universidade Federal do Pará. **Espaço Ameríndio**, v. 5, n. 3, p. 10. 2011.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJLLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª edição. Cap. 3. P. 39-61. São Paulo: Santos. 2010.

BRASIL. Presidência da república Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007**. Capítulo I. Dos princípios fundamentais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111445.htm . Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]. **O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos. Nascidos vivos 1994-2016** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvam.def> Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010. **Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:**

princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011. Altera a **Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011**, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000.** No DOU nº 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, Páginas 4, 5 e 6.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAE. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. **Manual técnico.** Brasília: MS; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Protocolos da Básica: Saúde das Mulheres.** MS. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: MS; 2016.

BRASIL. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas-CGIAE, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-2011.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde - OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde Nascidos Vivos. DATASUS** [Internet]. Brasília, DF (BR): Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>. Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010. **Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

Conferência internacional sobre população e desenvolvimento, 1994, Cairo, Egito. **Relatório final**. FNUAP, 1994.

CUNHA, Elenice Machado da. VARGENS, José Muniz da Costa. Capítulo 2: **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. 2017.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**. 2008.

DIAS, Bruna Fernanda; DE ANTONI, Natalia Marchet; VARGAS, Deisi Maria. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], v. 49, n. 1, p. 10–22, 2020. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/596>. Acesso em: 20 jan. 2023.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2009.

DOS SANTOS, Sabrina Macely Souza et al. Perfil materno, do parto e recém-nascido no município de Coari-Amazonas, no período de 2011 a 2015. In: **13º Congresso Internacional Rede Unida**. 2018.

DUARTE, Alexandre W.B. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH. In: OLIVEIRA, D.A. DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. **DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique e ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde e Sociedade** [online]. 2008. v. 17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200013>. Acesso em: 29 nov. 2022.

FERREIRA, Sibebe Maria Gonçalves. **Sistema de informação em saúde: conceitos fundamentais e organização**. Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde – NESCON/FM/UFMG. 1999.

FERNANDES, Fábila Cheyenne Gomes de Moraes; SANTOS, Emelyne Gabrielly de Oliveira; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. A idade da primeira gestação no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo. v. 29, n. 3, p. 304-312, dez. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822019000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 23 de jan. 2023.

FIALHO, Marcelito Lopes et al. A assistência ao parto humanizado no Brasil e o do direito a um acompanhante. **Intr@ciência revista científica**. Edição 15 – julho 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O Trabalho em Saúde**. 2a. edição. São Paulo, SP. 2004.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca e BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020> Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>. Acesso: 05 nov. 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas. 2008.

GOMES, Sergio Castro; ANDRADE, Lúcia Cristina. Análise espacial do crescimento econômico dos municípios paraenses no período 2002-2006. **Ipea**. 2011.

Haidar, Fátima Hussein. OLIVEIRA, Urânia Fernandes. NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/>. Acesso em: 20 out. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>. Acesso em: 20 out. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/pesquisa/48/48986?tipo=ranking>. Acesso em: 26 out. 2022.

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-doença como processo social, 1982. In: GOMES, Everardo Duarte (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Editora, 1983.

LAZO, Aída C. G. Verdugo; Moraes, José Rodrigo de. As uniões consensuais no Estado do Rio de Janeiro em 2000: Um estudo utilizando regressão logística. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. **Anais**. Caxambú-MG – Brasil, de 20-24 de setembro de 2004.

LEAL Maria do Carmo et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad Saude Publica**. 2004.

MARC, Jaccquinet. PIB-Produto Interno Bruto: breve introdução, Lisboa: Universidade Aberta. 2019.

MASCARENHAS, Dênis Medeiros. RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco. MONTE Nayara Fernanda. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil**. 2006.

MELO, Tayná Andrade de Souza; GOMES, André Tadeu; GOMES, Lucas Fernando Antunes; HERCULANO, Débora da Penha; MORCELI, Glilciane e JANUÁRIO, Gabriela da Cunha. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico de adolescentes grávidas no período de 2015 até 2019. **Rev. Enferm. UFSM**. v.12, e48, p.1-13, 2022.

MELLO, Livia de Rezende de et al. Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde: estudo seccional, de âmbito nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2022.

MENEZES, Afonso Henrique Novaes et al. **Metodologia científica teoria e aplicação na educação a distância**. Petrolina-PE Universidade Federal do Vale do São Francisco. 2019.

MOTT Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital: 1830–1960. **Projeto História: Revista Do Programa De Estudos Pós-Graduados De História**, 25. 2012.

MORAIS, Luma de Oliveira et al. O parto humanizado no contexto atual: uma revisão integrativa. **Revista eletrônica acervo saúde**. 2019.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 24, n. 2]pp. 52-261. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>>. ISSN 2358-291X. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>. Acesso em: 23 nov. 2022.

OLIVEIRA, Max Moura de. et al. Avaliação do sistema de informações sobre nascidos vivos. Brasil, 2006 a 2010. **Epidemiologia e serviços de saúde**. 2015.

PERSONA, Lia; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; TARALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2004, v. 12, n. 5 pp. 745-750. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500007>. Epub 10 Jan 2005. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500007>. Acesso em: 14 jan. 2023.

PITOMBEIRA. Hécia Carla dos Santos et al. Assistência pré-natal no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev enferm UFPE**. 2010.

RODRIGUES, Samuel Barroso et al. Uso do Sistema de Informação de Imunização do Brasil: qual a realidade? **Revista Cuidarte**. 2022.

RODRIGUES, Thaíse Almeida et al. Cartão da gestante como instrumento para continuidade da assistência à saúde: revisão integrativa da literatura. **Atual Revista Eletrônica de Enfermagem na Costa Rica**. Edição semestral nº. 40, junho de 2021.

RODRIGUES Cleide Martins de Lima; TOBIAS Gabriela Camargo; TEIXEIRA Cristiane Chagas. Caracterização dos partos e nascidos vivos em Palmeiras de Goiás, Goiás, Brasil. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”**. 2021.

REIS, Luzivan Costa et al. Prevalências ao nascimento de anomalias congênitas entre nascidos vivos no estado do Maranhão de 2001 a 2016: análise temporal e espacial. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210020.supl> Acesso em: 16 jan.2023.

REIS, Edna Afonso; REIS, Ilka Afonso. Análise descritiva de dados. **Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG**. 2002.

RIBEIRO, Wanderson Alvez et al. A gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos: a gestação e o impacto do conhecimento [Internet]. **Revista Nursing** (São Paulo). 2019;22(253):2990-4. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025678> Acesso em: 20 jan. 2023.

RIBEIRO, André de Almeida; NARDOCCI, Adelaide Cassia. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. **Saúde e Sociedade** [online]. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300020>. Acesso em: 03 nov. 2022.

SANTIAGO, Roberta Fortes et al. Avaliação de objeto virtual de aprendizagem sobre pré-natal para adolescentes grávidas na atenção básica. **Acta Paul Enferm.** 2020.

SANTIAGO, Débora Ramos. Fecundidade na Região Norte: Uma análise socioeconômica do perfil reprodutivo das mulheres nortistas. **Anais**, p. 1-20, 2016.

SANTOS, Nilma Lázara de Almeida Cruz et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):719-726, 2014.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. **Gravidez na Adolescência no Brasil** – Vozes de Meninas e de Especialistas / Benedito Rodrigues dos Santos, Daniella Rocha Magalhães, Gabriela Goulart Mora e Anna Cunha. 2017.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos; MARTINS, Marília da Glória; SOUSA, Márcia da Silva. Gravidez na adolescência e fatores associados com o baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2008;30(5):224-31.

SESPA. Secretária de Saúde Pública – SESP. Plano Estadual de saúde do Pará 2020-2023. **Sociedade de Direitos Saúde.** Belém-Pará. 2019.

SILVA, Marília Carvalho Moreira de; TOBIAS, Gabriela Camargo; TEIXEIRA, Cristiane Chagas. Caracterização dos partos e nascidos vivos de mães residentes em município de Goiás, Brasil. **Revista Atenção Saúde.** 2019.

SILVA Sandra Cavalcante. DIAS-SCOPEL Raquel. SCHWEICKARDT Júlio. Gestação e parto em uma comunidade rural amazônica: reflexões sobre o papel da parteira tradicional. **Interface** (Botucatu). 2020.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2007, v. 16, n., pp. 439-444. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300009>. Acesso em: 23 nov. 2022.

TABORDA, J. A et al. Consequências da gravidez na adolescência para meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos de Saúde Coletiva.** 2014.

TEIXEIRA, Enise Barth. A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais. **Desenvolvimento em questão**, 1(2), 177-201. 2003.

TAKAHASHI, Marystella Tomoe et al. Perspectivas atuais da ética em pesquisa com seres humanos. **Revista brasileira de otorrinolaringologia.** [online]. 2011, v. 77, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000200018> Epub 25 Abr 2011. ISSN 1808-8686. Acesso em: 21 nov. 2022.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1, pp. S85-S100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 23 nov. 2022.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021. VIGNOLI, Jorge Rodríguez; CAVENAGHI, Suzana. Fertilidade involuntária entre adolescentes latino-americanas: uma tendência crescent em todos os grupos socioeconômicos. **XXVIII INTERNATIONAL UNION FOR THE SCIENTIFIC STUDY OF POPULATION. Proceedings... Cape Town, South Africa, 2017.**

ANEXO

MODELO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo		
I Cartório	1	Cartório	Código	
	2	Registro	3	Data
II Local da Ocorrência	4	Município	5	UF
	6	Local da Ocorrência	7	Estabelecimento
	8	Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento
III Mãe	9	CEP	10	Bairro/Distrito
	11	Código	12	UF
	13	Bairro/Distrito	14	Município de ocorrência
	15	Código	16	UF
IV Gestação e Parto	17	Nome da Mãe	18	Cartão SUS
	19	Idade (anos)	20	Estado Civil
	21	Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)	22	Ocupação habitual e ramo de atividade
V Recém Nascido	23	Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (obs.: utilizar 99 se ignorados)	24	Nascidos vivos
	25	Nascidos mortos	26	CEP
VI Identificação	27	Bairro/Distrito	28	Código
	29	Município	30	UF
VII Preench.	31	Duração da gestação (em semanas)	32	Tipo de gravidez
	33	Tipo de parto	34	Número de consultas de pré-natal
VIII Preench.	35	Nascimento	36	Sexo
	37	Raça/cor	38	Peso ao nascer
IX Preench.	39	Índice de Apgar	40	Índice de Apgar
	41	Índice de Apgar	42	Índice de Apgar
X Preench.	43	Índice de Apgar	44	Índice de Apgar
	45	Índice de Apgar	46	Índice de Apgar
XI Preench.	47	Índice de Apgar	48	Índice de Apgar
	49	Índice de Apgar	50	Índice de Apgar
XII Preench.	51	Índice de Apgar	52	Índice de Apgar
	53	Índice de Apgar	54	Índice de Apgar
XIII Preench.	55	Índice de Apgar	56	Índice de Apgar
	57	Índice de Apgar	58	Índice de Apgar
XIV Preench.	59	Índice de Apgar	60	Índice de Apgar
	61	Índice de Apgar	62	Índice de Apgar
XV Preench.	63	Índice de Apgar	64	Índice de Apgar
	65	Índice de Apgar	66	Índice de Apgar
XVI Preench.	67	Índice de Apgar	68	Índice de Apgar
	69	Índice de Apgar	70	Índice de Apgar
XVII Preench.	71	Índice de Apgar	72	Índice de Apgar
	73	Índice de Apgar	74	Índice de Apgar
XVIII Preench.	75	Índice de Apgar	76	Índice de Apgar
	77	Índice de Apgar	78	Índice de Apgar
XIX Preench.	79	Índice de Apgar	80	Índice de Apgar
	81	Índice de Apgar	82	Índice de Apgar
XX Preench.	83	Índice de Apgar	84	Índice de Apgar
	85	Índice de Apgar	86	Índice de Apgar
XXI Preench.	87	Índice de Apgar	88	Índice de Apgar
	89	Índice de Apgar	90	Índice de Apgar
XXII Preench.	91	Índice de Apgar	92	Índice de Apgar
	93	Índice de Apgar	94	Índice de Apgar
XXIII Preench.	95	Índice de Apgar	96	Índice de Apgar
	97	Índice de Apgar	98	Índice de Apgar
XXIV Preench.	99	Índice de Apgar	100	Índice de Apgar
	101	Índice de Apgar	102	Índice de Apgar
XXV Preench.	103	Índice de Apgar	104	Índice de Apgar
	105	Índice de Apgar	106	Índice de Apgar
XXVI Preench.	107	Índice de Apgar	108	Índice de Apgar
	109	Índice de Apgar	110	Índice de Apgar
XXVII Preench.	111	Índice de Apgar	112	Índice de Apgar
	113	Índice de Apgar	114	Índice de Apgar
XXVIII Preench.	115	Índice de Apgar	116	Índice de Apgar
	117	Índice de Apgar	118	Índice de Apgar
XXIX Preench.	119	Índice de Apgar	120	Índice de Apgar
	121	Índice de Apgar	122	Índice de Apgar
XXX Preench.	123	Índice de Apgar	124	Índice de Apgar
	125	Índice de Apgar	126	Índice de Apgar
XXXI Preench.	127	Índice de Apgar	128	Índice de Apgar
	129	Índice de Apgar	130	Índice de Apgar
XXXII Preench.	131	Índice de Apgar	132	Índice de Apgar
	133	Índice de Apgar	134	Índice de Apgar
XXXIII Preench.	135	Índice de Apgar	136	Índice de Apgar
	137	Índice de Apgar	138	Índice de Apgar
XXXIV Preench.	139	Índice de Apgar	140	Índice de Apgar
	141	Índice de Apgar	142	Índice de Apgar
XXXV Preench.	143	Índice de Apgar	144	Índice de Apgar
	145	Índice de Apgar	146	Índice de Apgar
XXXVI Preench.	147	Índice de Apgar	148	Índice de Apgar
	149	Índice de Apgar	150	Índice de Apgar
XXXVII Preench.	151	Índice de Apgar	152	Índice de Apgar
	153	Índice de Apgar	154	Índice de Apgar
XXXVIII Preench.	155	Índice de Apgar	156	Índice de Apgar
	157	Índice de Apgar	158	Índice de Apgar
XXXIX Preench.	159	Índice de Apgar	160	Índice de Apgar
	161	Índice de Apgar	162	Índice de Apgar
XL Preench.	163	Índice de Apgar	164	Índice de Apgar
	165	Índice de Apgar	166	Índice de Apgar
XLI Preench.	167	Índice de Apgar	168	Índice de Apgar
	169	Índice de Apgar	170	Índice de Apgar
XLII Preench.	171	Índice de Apgar	172	Índice de Apgar
	173	Índice de Apgar	174	Índice de Apgar
XLIII Preench.	175	Índice de Apgar	176	Índice de Apgar
	177	Índice de Apgar	178	Índice de Apgar
XLIV Preench.	179	Índice de Apgar	180	Índice de Apgar
	181	Índice de Apgar	182	Índice de Apgar
XLV Preench.	183	Índice de Apgar	184	Índice de Apgar
	185	Índice de Apgar	186	Índice de Apgar
XLVI Preench.	187	Índice de Apgar	188	Índice de Apgar
	189	Índice de Apgar	190	Índice de Apgar
XLVII Preench.	191	Índice de Apgar	192	Índice de Apgar
	193	Índice de Apgar	194	Índice de Apgar
XLVIII Preench.	195	Índice de Apgar	196	Índice de Apgar
	197	Índice de Apgar	198	Índice de Apgar
XLIX Preench.	199	Índice de Apgar	200	Índice de Apgar
	201	Índice de Apgar	202	Índice de Apgar
L Preench.	203	Índice de Apgar	204	Índice de Apgar
	205	Índice de Apgar	206	Índice de Apgar
LI Preench.	207	Índice de Apgar	208	Índice de Apgar
	209	Índice de Apgar	210	Índice de Apgar
LII Preench.	211	Índice de Apgar	212	Índice de Apgar
	213	Índice de Apgar	214	Índice de Apgar
LIII Preench.	215	Índice de Apgar	216	Índice de Apgar
	217	Índice de Apgar	218	Índice de Apgar
LIV Preench.	219	Índice de Apgar	220	Índice de Apgar
	221	Índice de Apgar	222	Índice de Apgar
LV Preench.	223	Índice de Apgar	224	Índice de Apgar
	225	Índice de Apgar	226	Índice de Apgar
LVI Preench.	227	Índice de Apgar	228	Índice de Apgar
	229	Índice de Apgar	230	Índice de Apgar
LVII Preench.	231	Índice de Apgar	232	Índice de Apgar
	233	Índice de Apgar	234	Índice de Apgar
LVIII Preench.	235	Índice de Apgar	236	Índice de Apgar
	237	Índice de Apgar	238	Índice de Apgar
LIX Preench.	239	Índice de Apgar	240	Índice de Apgar
	241	Índice de Apgar	242	Índice de Apgar
LX Preench.	243	Índice de Apgar	244	Índice de Apgar
	245	Índice de Apgar	246	Índice de Apgar
LXI Preench.	247	Índice de Apgar	248	Índice de Apgar
	249	Índice de Apgar	250	Índice de Apgar
LXII Preench.	251	Índice de Apgar	252	Índice de Apgar
	253	Índice de Apgar	254	Índice de Apgar
LXIII Preench.	255	Índice de Apgar	256	Índice de Apgar
	257	Índice de Apgar	258	Índice de Apgar
LXIV Preench.	259	Índice de Apgar	260	Índice de Apgar
	261	Índice de Apgar	262	Índice de Apgar
LXV Preench.	263	Índice de Apgar	264	Índice de Apgar
	265	Índice de Apgar	266	Índice de Apgar
LXVI Preench.	267	Índice de Apgar	268	Índice de Apgar
	269	Índice de Apgar	270	Índice de Apgar
LXVII Preench.	271	Índice de Apgar	272	Índice de Apgar
	273	Índice de Apgar	274	Índice de Apgar
LXVIII Preench.	275	Índice de Apgar	276	Índice de Apgar
	277	Índice de Apgar	278	Índice de Apgar
LXIX Preench.	279	Índice de Apgar	280	Índice de Apgar
	281	Índice de Apgar	282	Índice de Apgar
LXX Preench.	283	Índice de Apgar	284	Índice de Apgar
	285	Índice de Apgar	286	Índice de Apgar
LXXI Preench.	287	Índice de Apgar	288	Índice de Apgar
	289	Índice de Apgar	290	Índice de Apgar
LXXII Preench.	291	Índice de Apgar	292	Índice de Apgar
	293	Índice de Apgar	294	Índice de Apgar
LXXIII Preench.	295	Índice de Apgar	296	Índice de Apgar
	297	Índice de Apgar	298	Índice de Apgar
LXXIV Preench.	299	Índice de Apgar	300	Índice de Apgar
	301	Índice de Apgar	302	Índice de Apgar
LXXV Preench.	303	Índice de Apgar	304	Índice de Apgar
	305	Índice de Apgar	306	Índice de Apgar
LXXVI Preench.	307	Índice de Apgar	308	Índice de Apgar
	309	Índice de Apgar	310	Índice de Apgar
LXXVII Preench.	311	Índice de Apgar	312	Índice de Apgar
	313	Índice de Apgar	314	Índice de Apgar
LXXVIII Preench.	315	Índice de Apgar	316	Índice de Apgar
	317	Índice de Apgar	318	Índice de Apgar
LXXIX Preench.	319	Índice de Apgar	320	Índice de Apgar
	321	Índice de Apgar	322	Índice de Apgar
LXXX Preench.	323	Índice de Apgar	324	Índice de Apgar
	325	Índice de Apgar	326	Índice de Apgar
LXXXI Preench.	327	Índice de Apgar	328	Índice de Apgar
	329	Índice de Apgar	330	Índice de Apgar
LXXXII Preench.	331	Índice de Apgar	332	Índice de Apgar
	333	Índice de Apgar	334	Índice de Apgar
LXXXIII Preench.	335	Índice de Apgar	336	Índice de Apgar
	337	Índice de Apgar	338	Índice de Apgar
LXXXIV Preench.	339	Índice de Apgar	340	Índice de Apgar
	341	Índice de Apgar	342	Índice de Apgar
LXXXV Preench.	343	Índice de Apgar	344	Índice de Apgar
	345	Índice de Apgar	346	Índice de Apgar
LXXXVI Preench.	347	Índice de Apgar	348	Índice de Apgar
	349	Índice de Apgar	350	Índice de Apgar
LXXXVII Preench.	351	Índice de Apgar	352	Índice de Apgar
	353	Índice de Apgar	354	Índice de Apgar
LXXXVIII Preench.	355	Índice de Apgar	356	Índice de Apgar
	357	Índice de Apgar	358	Índice de Apgar
LXXXIX Preench.	359	Índice de Apgar	360	Índice de Apgar
	361	Índice de Apgar	362	Índice de Apgar
LXXXX Preench.	363	Índice de Apgar	364	Índice de Apgar
	365	Índice de Apgar	366	Índice de Apgar
LXXXXI Preench.	367	Índice de Apgar	368	Índice de Apgar
	369	Índice de Apgar	370	Índice de Apgar
LXXXXII Preench.	371	Índice de Apgar	372	Índice de Apgar
	373	Índice de Apgar	374	Índice de Apgar
LXXXXIII Preench.	375	Índice de Apgar	376	Índice de Apgar
	377	Índice de Apgar	378	Índice de Apgar
LXXXXIV Preench.	379	Índice de Apgar	380	Índice de Apgar
	381	Índice de Apgar	382	Índice de Apgar
LXXXXV Preench.	383	Índice de Apgar	384	Índice de Apgar
	385	Índice de Apgar	386	Índice de Apgar
LXXXXVI Preench.	387	Índice de Apgar	388	Índice de Apgar
	389	Índice de Apgar	390	Índice de Apgar
LXXXXVII Preench.	391	Índice de Apgar	392	Índice de Apgar
	393	Índice de Apgar	394	Índice de Apgar
LXXXXVIII Preench.	395	Índice de Apgar	396	Índice de Apgar
	397	Índice de Apgar	398	Índice de Apgar
LXXXXIX Preench.	399	Índice de Apgar	400	Índice de Apgar
	401	Índice de Apgar	402	Índice de Apgar
LXXXXX Preench.	403	Índice de Apgar	404	Índice de Apgar
	405	Índice de Apgar	406	Índice de Apgar
LXXXXXI Preench.	407	Índice de Apgar	408	Índice de Apgar
	409	Índice de Apgar	410	Índice de Apgar
LXXXXXII Preench.	411	Índice de Apgar	412	Índice de Apgar
	413	Índice de Apgar	414	Índice de Apgar
LXXXXXIII Preench.	415	Índice de Apgar	416	Índice de Apgar
	417	Índice de Apgar	418	Índice de Apgar
LXXXXXIV Preench.	419	Índice de Apgar	420	Índice de Apgar
	421	Índice de Apgar	422	Índice de Apgar
LXXXXXV Preench.	423	Índice de Apgar	424	Índice de Apgar
	425	Índice de Apgar	426	Índice de Apgar
LXXXXXVI Preench.	427	Índice de Apgar	428	Índice de Apgar
	429	Índice de Apgar	430	Índice de Apgar
LXXXXXVII Preench.	431	Índice de Apgar	432	Índice