



ARTIGO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA*EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PUERPERAE AND NEWBORN INFANTS TREATED IN A REFERENCE UNIT*SILAS SANTOS CARVALHO¹, BRUNO RODRIGUES DE OLIVEIRA²

1 - Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil

2 - Bacharel em Administração pela Universidade Salvador (UNIFACS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico de puérperas e neonatos atendidos em um hospital de referência. Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado em um hospital público, onde foram analisados o cartão de gestante e os prontuários das puérperas e do recém-nascido. Participaram 457 puérperas, destas, 51,4% tinham idade entre 17 e 26 anos, 85,4% eram casadas/união estável, 39,6% eram primigestas e 64,6% tiveram parto normal; e 461 neonatos, destes, 84,2% eram a termo e tiveram Índice de Apgar maior que 7 e 8 no 1º (92,2%) e no 5º (94,8%) minuto de vida. Baixo peso ao nascer e prematuridade foram constatados em 11,3% e 9,1% dos neonatos, respectivamente. A pesquisa permitiu traçar o perfil epidemiológico de puérperas e de seus neonatos, possibilitando a compreensão da interação dos fatores de risco e a reorganização de estratégias de serviços mais efetiva.

Palavras-chave: Gestantes; Recém-nascido; Epidemiologia; Recém-nascido de Baixo Peso.

ABSTRACT

This study had the objective of to trace the epidemiological profile of puerperae and neonates treated in a referral hospital. A quantitative cross-sectional study was carried out in a public hospital, where the pregnant woman's card, the medical records of the puerperae and the newborn were analyzed. 457 postpartum women participated, 51.4% were between 17 and 26 years of age, 85.4% were married / stable, 39.6% were primigravidae and 64.6% had normal births; and 461 neonates, of whom 84.2% were at term and had an Apgar score greater than 7 and 8 in the 1st (92.2%) and in the 5th (94.8%) minute of life. Low birth weight and prematurity were found in 11.3% and 9.1% of neonates, respectively. The research allowed us to trace the epidemiological profile of puerperal women and their newborns, enabling the understanding of the interaction of risk factors and the reorganization of more effective service strategies.

Keywords: Pregnant Women; Infant; Newborn; Epidemiology; Infant; Low Birth Weight.

INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico de puérperas e de recém-nascidos (RN) nos nascimentos ocorridos nas instituições de saúde influencia nas condições de saúde materno-infantil, por isso é fundamental identificá-lo para a obtenção de informações que possam contribuir no planejamento de estratégias e ações para melhorias na qualidade do atendimento desses serviços destinado a esse grupo, visando a redução da morbimortalidade e a melhoria na qualidade da assistência dessa população. Em virtude das inúmeras variáveis que

interferem no processo saúde-doença, o conhecimento da epidemiologia de uma população, propicia um cuidado integral e eficaz em sua assistência^{1,2}.

Inquérito nacional realizado no Brasil verificou que 45% das gestantes planejam a gestação e que 98,8% realizam o pré-natal³. Para que a assistência obstétrica e neonatal ocorra com qualidade é necessária a provisão dos recursos materiais e humanos necessários, além de organização e sistematização de rotinas com procedimentos benéficos. Desse modo, torna-se possível evitar o modelo intervencionista predominante nas instituições de saúde do Brasil, o que se traduz em elevadas



taxas de parto cesáreo (53% de todos os partos assistidos no país), sendo o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 15%³⁻⁵.

Dentre as principais causas da mortalidade infantil, ganha destaque a prematuridade e a associação desta com as disfunções do desenvolvimento, como o baixo peso ao nascer (BPN). A escassez de procedimentos rotineiros e básicos na assistência pré-natal tem sido associada à mortalidade neonatal como também à maior prevalência de agravos ao binômio materno-infantil^{6, 7}.

Nesse sentido, o cenário é desafiador, pois o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal é caracterizado por deficiência nas condições estruturais e desarticulação da rede de assistência.

Partindo do pressuposto de que o conhecimento do perfil das gestantes é capaz de prevenir, identificar e até mesmo controlar múltiplos agravos ao binômio mãe/filho, e pode, indiretamente, contribuir para subsidiar e reforçar estratégias para articulação entre ações de saúde da mulher e as políticas de saúde, justifica-se a realização desse estudo.

Diante disso, levantou-se a seguinte problemática: “Qual é o perfil epidemiológico das puérperas e seus neonatos atendidos em um hospital público de referência no interior baiano?”. Essa pesquisa objetivou conhecer o perfil epidemiológico das puérperas e seus neonatos atendidos em um hospital público de referência.

METODOLOGIA

Para traçar o perfil epidemiológico de puérperas e neonatos da presente investigação, utilizou-se o estudo do tipo corte transversal, de natureza básica, de caráter descritivo exploratório com abordagem quantitativa.

Estudo realizado em um hospital público, de média complexidade, referência em serviços de parto normal e ortopedia no interior da Bahia, Brasil, e que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema nacional de saúde pública brasileiro. Salienta-se que a escolha desse local ocorreu pela proximidade dos pesquisadores com a realidade do local.

A referida instituição oferece assistência à saúde da mulher durante o processo de parturição, assistido por enfermeiros obstétricos e médicos, e, durante o período puerperal, no qual as puérperas permanecem internadas nos quartos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) e/ou enfermaria, em média, por 48 horas após o parto.

Quanto aos setores, o hospital do estudo possui 1 sala de parto; 3 quartos PPP; 1 enfermaria para gestantes e puérperas e 1 enfermaria para gestantes internadas para tratamento clínico por causas obstétricas; nas demais alas existem 3 enfermarias destinadas a clientes do sexo masculino e 3 a clientes do sexo feminino para clínica médica; 4 enfermarias pré e pós-operatórias; 2 enfermarias pediátricas e um 1 centro cirúrgico.

Participaram 457 puérperas e 461 neonatos, sendo que a amostra foi determinada por meio de procedimento

amostral não probabilístico, do tipo “conveniência”, definidas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: todas as mulheres que deram entrada na unidade hospitalar para atendimento obstétrico e que evoluíram em trabalho de parto ou que foram submetidas à cesariana até a alta hospitalar e os RN nativivos com Índice de Apgar maior ou igual a 1. Os critérios de exclusão corresponderam às puérperas internadas na maternidade que estavam em isolamento no momento da coleta de dados, impossibilitadas de deambularem até a sala de entrevista e deficientes auditivas.

Para a classificação dos neonatos quanto ao peso ao nascimento, prematuridade e perímetro cefálico, foram utilizados como referência a definição da OMS⁸, que considera RN de baixo peso aqueles com menos de 2.500g, prematuros os nascidos com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas, a termo aqueles com IG entre 37 e 42 semanas, pós-termo aqueles nascidos após 42 semanas de gestação, e o perímetro cefálico quando entre 31,5cm e 37 cm, o considerado com tamanho normal.

Os dados foram coletados através da análise dos cartões de pré-natal e dos prontuários das puérperas e dos RN vivos atendidos no local do estudo, entre os dias 1º de setembro de 2017 e 31 de agosto de 2018. Dados incompletos, faltosos ou que requeriam esclarecimento, foram respondidos diretamente pela puérpera em quarto reservado da instituição, para garantir a privacidade das participantes, sem que houvesse a interferência de outros indivíduos, somente puérpera e pesquisador principal. Antes da entrevista foi apresentado o objetivo da pesquisa e informação sobre os pesquisadores que iriam conduzi-la.

O instrumento utilizado para a coleta de dados abarcou as seguintes variáveis e variáveis clínicas: características sociodemográficas, tais como a idade materna, cor, escolaridade, situação conjugal, trabalho, número de filhos, se as mães utilizavam algum tipo de droga (tabaco, crack, maconha, bebida alcoólica, etc.). As variáveis clínicas foram investigadas quanto ao histórico materno, tais como: número de consultas de pré-natal, histórico de aborto, comorbidades, início do pré-natal e tipo de parto. Características do RN, como o peso ao nascer, o sexo e o Apgar no primeiro e no quinto minutos de vida também foram pesquisadas.

As informações obtidas foram armazenadas no software aplicativo Microsoft Excel® e a análise estatística descritiva foi realizada empregando-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 17.0 e o programa STATA (*Software for Statistics and Data Science*) versão 10.0 e versão 11.0, calculando-se as frequências absolutas e relativas para todas variáveis estudadas. Para comparar o tipo de parto com as variáveis maternas de interesse (idade, escolaridade, ocupação, idade gestacional atual, número de consultas pré-natal anteriores e tipo de parto anterior), foi utilizado o Teste χ^2 (Qui-Quadrado) de Pearson ou Exato de Fisher, com nível de significância de 5% (p-valor <0,05) e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, e, quando necessário, o teste da Razão de Verossimilhança.

Em consonância com o estabelecido pela Resolução 466/2012⁹ do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana, Bahia, Brasil, restringindo-se a coleta dos dados somente após emissão de parecer favorável de nº 1.078.653 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 40126414.9.0000.5631, em 26 de maio de 2015.

Os participantes foram incluídos na pesquisa posteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o sigilo destes foram garantidos por meio da substituição dos nomes por códigos alfanuméricos conforme ordem dos prontuários (PUERP 1, PUERP 2, etc.).

RESULTADOS

Das 457 gestantes consultadas no período analisado, 235 (51,4%) possuíam idade entre 17 e 26 anos de idade; 401 (87,7%) eram casadas ou mantinham uma união estável; 264 (57,8%) referiram ser de cor branca/amarela; 394 (86,2%) relataram ter estudado por mais de 4 anos; 242 (53,0%) não trabalhavam e a maioria, 181 (39,6%), era primigesta, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Características epidemiológicas das puérperas da amostra. Ruy Barbosa-BA, Brasil, 2018

Variável	n	%	p
Idade			
≤ 16 anos	38	8,3	0,855
17 a 26 anos	235	51,4	
27 a 36 anos	154	33,7	
≥ 37 anos	30	6,6	
Cor da pele			
Branca/amarela	264	57,8	0,124
Parda/preta	193	42,2	
Escolaridade			
<4 anos de estudo	63	13,8	0,500
≥4 anos de estudo	394	86,2	
Endereço fixo			
Sim	445	97,4	0,067
Não	12	2,6	
Situação conjugal			
Com companheiro	401	87,7	0,167
Sem companheiro	56	12,3	
Ocupação			
Sim	215	47,0	0,347
Não	242	53,0	
Número de filhos*			
Um	181	39,6	0,750
Dois	140	30,6	
Três	58	12,7	
Quatro ou mais	78	17,1	
Total	457	100	

Fonte: Elaborados pelos autores.

* Inclui recém-nascido no dia da coleta de dados.

Na Tabela 2, são apresentadas as características relacionadas à história materna e parto atual das puérperas do estudo. Observou-se que, 99,6% realizaram consultas de pré-natal, destas, 88,6% fizeram mais de 6 consultas; 85,3% iniciaram as consultas no primeiro trimestre de gestação, 96,7% usaram sulfato ferroso durante o pré-natal; 84,2% relataram que não consumiram drogas lícitas durante a gestação; 93,2% referiram não ter hipertensão nem diabetes gestacional (97,4%) e 88,0% negaram histórico de aborto. Quanto ao parto atual, percebeu-se que 64,6% das participantes do estudo tiveram parto normal.

Tabela 2. Características relacionadas à história materna das puérperas da amostra. Ruy Barbosa-BA, Brasil, 2018

Variável	n	%	p
Realização de pré-natal			
Sim	455	99,6	0,052
Não	02	0,4	
Número de consultas de pré-natal*			
1 a 5	52	11,4	0,061
≥ 6	403	88,6	
Início do pré-natal*			
1º trimestre	388	85,3	0,238
2º trimestre	65	14,3	
3º trimestre	02	0,4	
Uso de sulfato ferroso*			
Sim	440	96,7	0,060
Não	15	3,3	
Uso de drogas lícitas			
Sim	72	15,8	0,382
Não	385	84,2	
Hipertensão			
Sim	31	6,8	0,067
Não	426	93,2	
Diabetes			
Sim	12	2,6	0,082
Não	445	97,4	
História de aborto			
Sim	55	12,0	0,900
Não	402	88,0	
Tipo de parto atual			
Normal	295	64,6	0,540
Cesáreo	162	35,4	
Total	457	100	

Fonte: Elaborado pelos autores

*Dados referentes às mulheres que realizaram consultas de pré-natal (n = 455).

Nesse estudo, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre o tipo de parto atual e as variáveis idade (p=0,20), escolaridade (p=0,63), ocupação (p=0,39), idade gestacional atual (p=0,36) e o número de consultas de pré-natal realizadas (p=0,46). No entanto, houve relação estatisticamente significativa entre o tipo de parto anterior e o parto atual, no qual foi observado que quanto maior o número de partos normais anteriores, maior o percentual de

mulheres que tiveram o parto atual pela mesma via ($p < 0,001$), e o mesmo ocorreu com os partos cesarianos ($p < 0,001$).

Houve 461 neonatos, sendo que, destes, 56,4% eram do sexo masculino e 83,7% com peso adequado ao nascer. A Tabela 3 resume os indicadores coletados dos neonatos nascidos no local e período do estudo. Nota-se que RN a termo (84,2%), com perímetro cefálico entre 31,5cm e 37cm (91,8%) e com Índice de Apgar maior que 7 no primeiro minuto (92,2%) e maior que 8 no quinto minuto de vida (94,8%) foram predominantes entre os RN da amostra.

Tabela 3. Características dos recém-nascidos avaliados no estudo. Ruy Barbosa-BA, Brasil, 2018

Variável	n	%	p
Idade gestacional			
Pré-termo	42	9,1	0,300
A termo	388	84,2	
Pós-termo	31	6,7	
Apgar 1º minuto			
1 a 3	06	1,3	0,452
4 a 6	30	6,5	
> 7	425	92,2	
Apgar 5º minuto			
< 5	04	0,9	0,067
6 a 7	20	4,3	
> 8	437	94,8	
Peso do recém-nascido			
< 2500 g	52	11,3	0,835
> 2501 g	386	83,7	
> 3500 g	23	5,0	
Sexo do recém-nascido			
Masculino	260	56,4	0,700
Feminino	201	43,6	
Perímetro cefálico			
Inferior a 31,4 cm	30	6,5	0,053
Entre 31,5 e 36,9cm	423	91,8	
Superior a 37cm	08	1,7	
Total	461	100	

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Percebe-se uma predominância de mulheres que realizaram pelo menos seis (6) consultas de pré-natal e que iniciaram essas consultas no primeiro trimestre da gestação; fizeram uso de sulfato ferroso; não apresentaram hipertensão nem diabetes e negaram uso de drogas lícitas durante a gestação. Esses achados são importantes, haja vista que os mesmos são considerados os fatores mais importantes na determinação da morbimortalidade neonatal, ou seja, indicadores do estado de saúde desse público¹⁰.

É importante atentar para a prevalência de mães nas idades extremas, sendo 8,3% de mães adolescentes e 6,6% de mães com mais de 37 anos de idade, ambas consideradas como risco potencial para a saúde materno-fetal. De acordo com a OMS⁷, a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública caracterizada como fator de risco e vulnerabilidade, pois consiste em um período de construção do indivíduo e inserção social¹⁰⁻¹³.

As complicações mais prevalentes em adolescentes gestantes são a pré-eclâmpsia, as infecções, o parto prematuro, as complicações no parto e puerpério e as perturbações emocionais, bem como as consequências associadas ao aborto^{12,14}.

Gestantes com idade superior a 35 anos também apresentam uma incidência maior de complicações obstétricas. A doença hipertensiva específica da gestação, a diabetes gestacional, a rotura prematura das membranas ovulares e as hemorragias do periparto são as que mais ocorrem^{9,15}. Além disso, 6,0% a 21,5% das mulheres com idade avançada podem apresentar trabalho de parto prematuro e haver uma chance quatro vezes maior para o parto artificial cesáreo conforme avanço da idade¹⁵.

Quanto à situação conjugal, observa-se prevalência de mulheres com companheiro (87,7%), resultado similar ao de estudos que constataram que 75,7% das puérperas eram casadas ou tinham uma união estável^{16,17}.

Nesse estudo, quase a totalidade da amostra (99,6%) realizou as consultas de pré-natal, sendo que a maioria realizou pelo menos seis (quantidade mínima preconizada pelo Ministério da Saúde). Vale salientar que quase a mesma proporção iniciou a consulta de pré-natal no primeiro trimestre. O pré-natal funciona como fator de proteção para o binômio materno infantil, no entanto, a maioria das investigações utiliza indicadores quantitativos para estudar sua relação com desfechos desfavoráveis, tais como BPN e prematuridade^{4,10,13}. Acredita-se que o modo de organização de serviços de saúde é um fator de confusão da associação protetora de pré-natal adequado^{4,17}.

Com isso, investigações elucidaram que gestantes assistidas em menos de seis consultas de pré-natal eleva a chance para desfechos desfavoráveis ao binômio materno-infantil. Vale considerar ainda a importância de que estas consultas sejam iniciadas o mais breve possível, no primeiro trimestre de gestação^{4,16,18}.

No tocante do uso de sulfato ferroso, observa-se que quase a totalidade da amostra procedeu a terapêutica. Segundo a OMS, a anemia por deficiência de ferro constitui uma das mais agravantes carências nutricionais. Estima-se que quase 42% das gestantes, em 2012, foram acometidas pelo agravo e, no Brasil, a prevalência é de aproximadamente 30%¹⁹.

Diante disso, investigação evidenciou o desconhecimento prévio das gestantes quanto ao uso de sulfato ferroso, em virtude da comunicação inadequada entre o profissional de saúde e a gestante²⁰. Importante que as orientações durante as consultas de pré-natal sejam feitas com o intuito de esclarecer dúvidas

e informar sobre o estado da mulher de modo geral, alertar os benefícios da suplementação fêrrica e as complicações advindas de sua não realização, tais como restrição de crescimento intrauterino, parto pré-termo, abortos espontâneos e pré-eclâmpsia. Vale ressaltar a necessidade da verificação constante da adesão à terapêutica e de educação em saúde pautada em evidências científicas^{18, 20, 21}.

Em relação às comorbidades, percebe-se que nesse estudo, a maioria das puérperas não tinha hipertensão nem diabetes, corroborando com achados de outras investigações^{2, 13, 17}. Essas condições clínicas constituem problemas de saúde pública, haja vista que são apontadas como responsáveis pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal^{4, 7, 8}.

No presente estudo a taxa do uso de substâncias lícitas durante a gestação foi elevada (15,8%). É imprescindível o esclarecimento às gestantes logo no início do pré-natal, que as substâncias lícitas (álcool e tabaco) são maléficas à saúde materno-fetal tanto quanto as ilícitas. O tabagismo durante a gestação pode implicar em riscos para a saúde materna, a do conceito e a do neonato, tais como placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro de placenta, aborto, BPN, prematuridade e defeitos congênitos²². Por outro lado, o etilismo agrava a saúde da gestante com doenças cardiovasculares, distúrbios neurológicos, câncer e ganho de peso gestacional insuficiente, e à do feto, promovendo restrição do crescimento e a síndrome alcoólica fetal, com danos ao sistema nervoso central^{10, 13, 23, 24}.

A cesariana representou 35,4% dos partos da amostra, taxa que está acima do que é preconizado pela OMS²⁵ (15% dos nascimentos). O valor encontrado converge com outros estudos^{4, 6} que apresentam números alarmantes de cesarianas. Vale destacar que as mulheres submetidas à cesariana, em sua maioria, possuíam exames de imagem sugerindo idade gestacional superior ou igual a 40 semanas e feto com peso superior a 4.000g e não haviam iniciado o trabalho de parto, justificando assim, a razão da cirurgia. Salienta-se ainda, que outras gestantes foram encaminhadas ao procedimento cirúrgico pois tinham algumas comorbidades, tais como hipertensão e diabetes.

Os partos cesáreos podem reduzir a morbimortalidade materna e perinatal quando há indicações médicas. No entanto, assim como qualquer procedimento cirúrgico, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo, afetando a saúde da mulher e do seu filho. Portanto, a literatura não destaca evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios^{26, 27}.

Todavia, vale salientar que, em virtude do serviço de referência prestado na unidade do estudo, o parto normal correspondeu a mais da metade da população investigada (64,6%), mesmo contendo gestantes adolescentes. Esse achado ganha destaque, pois diverge de outras investigações que evidenciaram, principalmente, que em amostras com gestantes adolescentes houve menores proporções de parto normal^{10, 13, 26}.

A maior parte dos bebês nasceu a termo, com perímetro cefálico dentro da normalidade e Índice de Apgar de primeiro e quinto minuto superior a 7 e 8, respectivamente. A faixa de peso predominante foi de 2.500g a 3.499g. Ressalta-se a significativa incidência de BPN (11,3%) e prematuridade (9,1%) entre os RN da amostra, valores superiores à média nacional (8,1% para BPN e 6,5% para RN prematuros) apresentada pelos Indicadores e Dados Básicos (IDB) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), respectivamente²⁸⁻³⁰.

É importante que a equipe multiprofissional esteja preparada e tenha disponível a estrutura mínima necessária para atender neonatos com as condições identificadas na amostra (BPN e prematuridade), bem como desestimular partos cesarianos desnecessários na população atendida³⁰.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu traçar o perfil epidemiológico de puérperas e de seus neonatos atendidos em uma unidade hospitalar de referência em parto, possibilitando o entendimento da interação dos condicionantes da saúde materna com a assistência obstétrica e neonatal prestada com organização e sistematização de estratégias de serviços de saúde mais efetiva obtendo desfechos favoráveis ao binômio materno-infantil.

Nesse contexto, o presente estudo aponta que o perfil das puérperas, em sua maioria, são mulheres de 17 a 26 anos, com mais de 4 anos de estudo, primigestas e que estão unidas consensualmente ao parceiro. Verifica-se também o elevado número de puérperas adolescentes, evidenciando a importância de orientações direcionadas a esse público, acerca do processo reprodutivo e do planejamento familiar.

Chama atenção ainda, a predominância de parto normal, partos a termo e recém-nascidos com peso adequado, embora a prevalência de cesarianas, de partos prematuros e de recém-nascidos com baixo peso esteja acima da média preconizada. Todavia, faz-se necessário que a unidade de saúde sempre tenha disponível a equipe e a estrutura mínimas necessárias para atender essa clientela bem como continuar incentivando a realização de partos vaginais e desestimulando os partos cesarianos desnecessários.

Diante dos achados desta pesquisa, devem ser observadas as limitações epidemiológicas do delineamento metodológico escolhido. Estudos transversais estão sujeitos a vieses de memória devido ao seu caráter retrospectivo e ao possível constrangimento da puérpera durante a entrevista. Por outro lado, os dados também foram obtidos através de uma revisão de prontuário e cartão da gestante, o que pode gerar algum viés de informação.

Contudo, seus resultados podem contribuir para o corpo de evidências científicas, pois elucida semelhança com o perfil de puérperas apresentado na literatura e possibilita comparações e estudo das características de seus neonatos.

Destarte, recomenda-se que novos estudos dessa natureza sejam desenvolvidos, incorporando arranjos metodológicos robustos e com poder de análise, uma vez que podem trazer subsídios para planejamento e implantação de estratégias nos serviços de saúde ao público materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PS, Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo. **J res: fundam care.** 2015; 7(1): 1936-1945.
2. Franciscatto LHG, Pasqua MD, Tolotti GK, Rossetto C, Argent C, Pinheiro JM. Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. **Rev. enferm. UFPE** 2014; 8(5): 1149-1156.
3. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública** 2014; 30(Sup): S192-207.
4. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária a saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2017; 38(3): e2016-0063.
5. Carvalho SS, Oliveira BR, Nascimento CSO, Gois CT, Pinto IO. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2018; 18(2): 309-315.
6. Lima JC, Oliveira Júnior GJ, Takano OA. Factors associated to fetal death in Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2016; 16(3): 353-361.
7. Wang J, Zeng Y, Ni ZM, Wang G, Liu S, Li C et al. Risk factors for low birth weight and preterm birth: A population-based case control study in Wuhan, China. **J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci** 2017; 37(2): 286-292.
8. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Meeting of Advisory Group on Maternal Nutrition and Low Birthweight.** Genebra: OMS; 2002. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/lbw_strategy_background.pdf.
9. Brasil, Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: CNS; 2012.
10. Carvalho SS, Coelho JMF, Bacelar DA, Mariola E. Fatores maternos para o nascimento de recém-nascidos com baixo peso e prematuros: estudo caso-controle. **Ciênc. Saúde** 2016; 9(2): 76-82.
11. Toscano MM; Paiva CSM; Nunesmaia HGS. Epidemiological characteristics of puerperal women interned at public maternity hospital in João Pessoa in 2014. **J res: fundam care** 2017; 9(2): 503-509.
12. Espinosa MG, Arévalo LR, Sánchez COR. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. **Rev Cubana Med Gen Integr** 2016; 32(2): 280-89.
13. Carvalho SS, Coelho JMF. Perfil epidemiológico de puérperas de recém-nascidos com baixo peso e prematuros. **Saúde Rev.** 2017; 17(45):39-47.
14. Teixeira MPC, Queiroga TPR, Mesquita MA. Frequency and risk factors for the birth of small-for-gestational-age newborns in a public maternity hospital. **Einstein** 2016; 14(3): 317-23.
15. Canhaço EE, Bergamo AM, Lippi UG, Lopes RGC. Perinatal outcomes in women over 40 years of age compared to those of other gestations. **Einstein** 2015;13(1): 58-64.
16. Carvalho SS, Oliveira BR. Fatores preditivos para a ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade: um estudo caso-controle. **Rev. Educ. Saúde** 2019; 7(1): 100-108.
17. Coelho JMF, Galvão CR, Rodrigues RM, Carvalho SS, Santos BM, Miranda SS et al. Associação entre qualidade do pré-natal e baixo peso ao nascer em uma instituição hospitalar em Feira de Santana. **Rev. Epid. Contr. Infec.** 2018; 8(2): 2238-3360.
18. Carvalho SS, Oliveira BR, Bezerra ISA. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. **Rev. Educ. Saúde** 2019; 7(2):42-150.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de ferro: manual de condutas** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. Cassimiro GN, Mata JAL. Adesão ao uso de sulfato ferroso por gestantes atendidas no sistema único de saúde. **Rev enferm UFPE** 2017; 11(Supl. 5): 2156-67.
21. Silva DF, Silva GF, Schafaschek HS, Guimbala MAB, Almeida S, Silva JC. Suplementação de sulfato ferroso na gestação e anemia gestacional: uma revisão da literatura. **Arq. Catarin. Med.** 2018; 47(1): 198-206.
22. Jones S, Hamilton S, Bell R, Araújo-Soares V, Glinianaia SV, Milne EMG, et al. What helped and hindered implementation of an intervention package to reduce smoking in pregnancy: process evaluation guided by normalization process theory. **BMC Health Services Research** 2019;19(297).
23. Mizumoto BR, Cunha AJ, Moreira BM, Santoro-Lopes G, Cunha AJ, Santos RMR et al. Quality of antenatal care as a risk factor for early onset neonatal infections in Rio de Janeiro, Brazil. **Braz J Infect Dis** 2015; 19(3):272-277.
24. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. **Lancet** 1985; 2(8452): 436-437.
25. Betran, A.P.; Torloni, M.R.; Zhang, J.; Ye, J.; Mikolajczyk, R.; Deneux-Tharoux, C. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reprod Health** 2015; 12(1): 57.

26. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **Lancet Global Health** 2015; 3(5):260-270.
27. Brasil. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde TABNET. 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**: Guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS; 2012.
29. Barros F, Matijasevich A.; Silveira, M. **Estudo “Prematuridade e suas possíveis causas”**. Unicef; 2013.
30. Gonçalves MD, Kowalski ISG, Sá AC. Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitudes dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ** 2016; 24(6): e18736.

Endereço para correspondência

Silas Santos Carvalho
Rua Itamar Carvalho, 271, Vila Olímpia
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
E-mail: ssc.academico@hotmail.com