

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E

DESENVOLVIMENTO LOCAL

KEYLA DIAS CANZIAN

FATORES MATERNOS ASSOCIADOS AO BAIXO PESO DE RECÉM- NASCIDOS

A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO

SANTO

VITÓRIA/ES

2023

KEYLA DIAS CANZIAN

**FATORES MATERNOS ASSOCIADOS AO BAIXO PESO DE RECÉM- NASCIDOS
A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Luciana Carrupt Machado Sogame

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA/ES

2023

**FATORES MATERNOS ASSOCIADOS AO BAIXO PESO DE RECÉM- NASCIDOS
A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em _____ de _____ de
2023.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra Luciana Carrupt Machado
Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

Professora Dr^a Tassiane Cristina Morais
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Avaliador Interno

Professora Dr^a. Gracielle Karla Pampolim
Abreu
Universidade Federal do Pampa – Unipampa
Avaliador Externo

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C235f Canzian, Keyla Dias
Fatores maternos associados ao baixo peso de recém-nascidos a termo na Região de Saúde Sul no estado do Espírito Santo / Keyla Dias Canzian. - 2023.
65 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2023.

1. Baixo peso – recém-nascidos – Espírito Santo (Estado). 2. Neonato. 3. Parturiente. 4. Pré-natal - cuidados. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 649.122

DEDICATÓRIA

Primeiramente, dedico esta pesquisa a Deus, por fazer o impossível em minha vida, abriu portas, iluminou o meu caminho e esteve presente durante toda a minha caminhada, gratidão por não ter me deixado desistir nunca;

À minha família, que sempre me incentivou e compreendeu a minha ausência enquanto me dedicava à realização deste trabalho. Em especial aos meus queridos filhos Lorenzo e Isabelly pela minha ausência, nos momentos que mais precisaram de mim, muito obrigada pelo apoio, incentivo e amor incondicional, obrigada por estarem sempre comigo, amo muito todos vocês!

Eterna gratidão a minha querida orientadora Professora Dr^a Luciana Carrupt Machado Sogame, pelo apoio, paciência, dedicação e carinho no decorrer de toda a construção deste trabalho, a minha admiração, respeito e o meu carinho, obrigada por me orientar e conduzir até o final deste trabalho;

A todos os professores do Mestrado por transmitirem seus conhecimentos. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: O baixo peso ao nascer acarreta um aumento do risco de morte dos neonatos ou outros desdobramentos, como atraso no crescimento, resultando em um problema de saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos, como no Brasil. **Objetivos:** verificar a associação do perfil sociodemográfico materno, condições da gestação e do parto com a ocorrência de baixo peso de nascidos vivos a termo, no período de 2014 a 2018, na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo e discutir esses resultados à luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa observacional transversal, com coleta retrospectiva de abordagem quantitativa, a partir de dados provenientes da Declaração de Nascidos Vivos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, afim de traçar o perfil sociodemográfico das parturientes, características quanto ao parto e características do neonato, nascido a termo e de baixo peso. As variáveis foram analisadas por meio da aplicação dos testes bivariados, por meio do qui-quadrado e cálculo resíduo padronizado ajustado. **Resultados:** As parturientes, em sua maioria eram casadas ou em união estável (75,27%), na faixa etária dos 20 a 35 anos (73,28%), com oito a onze anos de estudos concluídos (60,67%), em sua primeira gestação (98,9%), quem não completaram o recomendado de consultas de pré-natal (99,5%) e tiveram o parto por cesariana (71,3%) realizados após a 38ª semana gestacional (90,8%), em ambiente hospitalar (99,76%). Já os neonatos caracterizaram-se por serem do sexo masculino (51,8%), sendo 3,4% de baixo peso, alvo dessa pesquisa, com APGAR superior a 7 (99,4%) e baixo índice de anomalias (0,6%). Verificou-se associação do baixo peso ao nascer com os dados maternos: nível de escolaridade, situação conjugal, número de gestações, tipo de gestação, via de parto, número de consultas do pré-natal e idade. Em relação às características do neonato, somente o sexo foi correlacionado com o baixo peso ao nascer. **Conclusões:** Percebe-se direta influência das características sociodemográficas maternas no risco de ocorrência de baixo peso ao nascer em neonatos a termo. Sendo assim, há a necessidade de políticas públicas de saúde voltada para o atendimento integral da mulher, visando a saúde e qualidade de vida geral, e consequentemente, resultar assim em diminuição dos fatores de risco de saúde nos neonatos, como o exercido pelo baixo peso ao nascer.

Palavras chave: Baixo peso. Neonato. Parturiente. Perfil Sociodemográfico. Pré Natal.

ABSTRACT

Introduction: Low birth weight leads to an increased risk of death of neonates or other consequences, such as growth retardation, resulting in a public health problem, especially in underdeveloped countries, such as Brazil. **Objectives:** to verify the association of maternal sociodemographic profile, pregnancy and delivery conditions with the occurrence of low weight of live births at term, in the period from 2014 to 2018, in the Southern Health Region in the State of Espírito Santo and discuss these results in the light of the National Policy of Integral Attention to Women's Health. **Methodology:** A cross-sectional observational research was carried out, with retrospective collection of a quantitative approach, based on data from the Declaration of Live Births of the State Secretariat of Health of Espírito Santo, in order to trace the sociodemographic profile of the parturients, characteristics regarding childbirth and characteristics of the newborn, born at term and of low weight. The variables were analyzed by applying the bivariate test, by means of the chi-square and adjusted standardized residue calculation. **Results:** Most parturients were married or in a stable union (75.27%), aged 20 to 35 years (73.28%), with eight to eleven years of studies completed (60.67%), in their first pregnancy (98.9%), who did not complete the recommended prenatal consultations (99.5%) and had delivery by cesarean section (71.3%) performed after the 38th gestational week (90.8%), in a hospital environment (99.76%). On the other hand, the neonates were characterized by being male (51.8%), being 3.4% of low weight, the target of this research, with APGAR higher than 7 (99.4%) and low rate of anomalies (0.6%). There was an association between low birth weight and maternal data: education level, marital status, number of pregnancies, type of pregnancy, mode of delivery, number of prenatal consultations and age. Regarding the characteristics of the newborn, only gender was correlated with low birth weight. **Conclusions:** There is a direct influence of maternal sociodemographic characteristics on the risk of low birth weight in full-term neonates. Thus, there is a need for public health policies aimed at the integral care of women, aiming at health and general quality of life, and consequently, thus resulting in a decrease in health risk factors in newborns, such as that exerted by low birth weight.

Keywords: Low weight. Neonate. Mother. Sociodemographic Profile. Prenatal care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Mapa da divisão por regiões de saúde do Estado do Espírito Santo.....	20
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Antecedentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	28
Tabela 2 -	Distribuição de frequência de nascidos vivos por Município na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	37
Tabela 3 -	Frequência de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, segundo ao sexo, no período de 2014 a 2018.....	38
Tabela 4 -	Frequência de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, segundo a classificação do peso ao nascer, no período de 2014 a 2018.....	39
Tabela 5 -	Frequência de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, segundo o Índice de APGAR no 5 minutos, no período de 2014 a 2018.....	39
Tabela 6 -	Presença de anomalias em nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	40
Tabela 7 -	Faixas etárias das parturientes de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	41
Tabela 8 -	Situação conjugal das parturientes de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	42
Tabela 9 -	Escolaridade das parturientes de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	43
Tabela 10 -	Local de nascimento de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	44
Tabela 11 -	Classificação da gravidez em parturientes de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	45
Tabela 12 -	Semana gestacional do nascimento vivos ocorridos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	45
Tabela 13 -	Número de consultas pré-natal realizadas pelas parturientes de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	46
Tabela 14 -	Tipo de partos realizados pelas parturientes na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018, que resultaram em nascidos vivos.....	46
Tabela 15 -	Características maternas e do período gravídico com a classificação de peso do recém-nascido a termo na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.....	48

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DUM	Data da última menstruação
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMIC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEPMES	Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Espírito Santo
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PN	Peso ao Nascer
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAIS	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RN	Recém – Nascido
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SEASM	Secretaria de Estado de Assistência Social e Política para as Mulheres
SEDH	Secretaria de Estado de Direitos Humanos
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPMPR	Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
SPSS	<i>Statistica IPackage for Social Sciences</i>
SUBPM	Subsecretaria de Estado de Política para Mulheres
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UL	Unidades Locais
VS	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1.JUSTIFICATIVA.....	14
1.2.OBJETIVOS.....	16
1.2.1.Objetivo Geral.....	16
1.2.2.Objetivos Específicos.....	16
2 MATERIAIS E METODOS.....	17
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	17
2.2. LOCAL DE PESQUISA.....	18
2.3. AMOSTRA.....	20
2.3.1.Critérios de Inclusão.....	20
2.3.2.Critérios de Exclusão.....	20
2.4.MÉTODOS.....	21
2.4.1. Caracterização do recém-nascido.....	21
2.4.2.Perfil Sociodemográfico Materno.....	22
2.4.3. Condições da Gestação e Parto.....	22
2.5. Comitê de Ética em Pesquisa.....	22
2.6.ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	23
2.6.1. Análise Descritiva.....	23
2.6.2. Análise Inferencial.....	23
3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: DISCUTINDO OS DESAFIOS DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL..	23
3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	24
3.2 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	30
3.3 PLANO ESTADUAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES DO ESPÍRITO SANTO (PEPMES).....	35
4 FATORES MATERNOS, CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO E PARTO ASSOCIADOS AO BAIXO PESO EM RECÉM-NASCIDOS A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	39
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2014 A 2018.....	40
4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES EM TRABALHO DEPARTO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2014 A 2018.....	43
4.3 CONDIÇÕES RELATIVAS À GESTAÇÃO E TRABALHO DE PARTO EM MÃES DE RECÉM NASCIDOS A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NO PERÍODO DE 2014 A 2018...	46
4.4 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS MATERNAS E CLASSIFICAÇÃO DE PESO DE RECÉM NASCIDOS A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2014 A 2018.....	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	58
Anexo I – Parecer do CEP.....	62

1 INTRODUÇÃO

O peso ao nascer (PN) é um dos fatores fundamentais de sobrevivência nos primeiros anos de vida, relacionando-se o baixo peso ao nascer (BPN) e ao aumento da morbimortalidade neonatal e infantil. Considera-se baixo peso ao nascer aquele inferior a 2500 gramas (OLIVEIRA *et al.*, 2018; MOREIRA; SOUSA; SARNO, 2018), sendo que sua incidência e/ou prevalência difere-se nas regiões do mundo (BURIOL, 2014).

No Brasil, entre os anos 1996 a 2011, a avaliação dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos evidenciou a proporção de 8% de baixo peso ao nascer nas 26 capitais, e em Brasília, sendo os maiores índices encontrados nas regiões Sudeste (8,4%) e Sul (8,0%) e os menores nas regiões Nordeste (7,6%), Centro-Oeste (7,4%) e Norte (7,2%) (SANTOS *et al.*, 2021).

Em 2019, considerando o baixo peso ao nascer aquele entre 1.500 a 2499 gramas, o Ministério da Saúde estimou que a média nacional foi de 20%, com destaque negativo para as regiões Sudeste (41%), Nordeste (26%) e Sul (14%), sendo as regiões Centro-Oeste e Norte com números menores de casos, uma média de 9% (BRASIL, 2019). Regiões com baixo desenvolvimento econômico estão associadas ao Baixo Peso ao Nascer, sendo apontados como locais com oferta de serviços é precárias e inadequada, limitando o acesso dos recursos perinatais (ALVES *et al.*, 2019).

De acordo DataSUS, no ano de 2020, o estado do Espírito Santo registrou o percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de 11,5%. Já para a Cidade de Vitória/ES, de acordo com o Portal do Observatório de Indicadores da Cidade de Vitória/ES (VITÓRIA, 2020), o cálculo do percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2500g) leva em consideração o total de nascidos vivos no Município no referido ano de pesquisa. Assim, no ano de 2019, na cidade de Vitória, o percentual foi de 8,11%, o que corresponde a um número de 4.478 pessoas. Importante mencionar que esse dado é coletado desde 2010 e a porcentagem não sofre grande variação ao longo dos anos, ficando entre 8,05% (menor porcentagem já apresentada, no ano de 2013) e 9,65% (maior porcentagem já apresentada, no ano de 2018).

Alguns fatores sociodemográficos, que se correlacionam com o baixo peso ao nascer, são a renda, idade da gestante, idade da primeira gestação, número de gestações, escolaridade, ocupação, situações conjugais e sociais. Ressalta-se que o

baixo peso ao nascer é considerado um dos principais fatores de risco para morte neonatal, além de trazer outras consequências para o feto, como por exemplo, baixos níveis de oxigênio ao nascer, incapacidade de manter a temperatura corporal, dificuldade de se alimentar e ganhar peso, infecções, síndrome do desconforto respiratório, problemas neurológicos, entre outros (CLUZENI *et al.*, 2021).

Frente a esses prejuízos a saúde neonatal, há uma preocupação de gestores e profissionais de saúde aos fatores de risco que acarretam o baixo peso ao nascer, sendo que estratégias são desenvolvidas, desde o contexto da macropolítica de gestão até os aspectos meso e micro.

Assim, o primeiro programa estatal destinado à proteção à maternidade, à infância e à adolescência, foi instituído durante o Estado Novo (1937-1945) e suas atividades foram inicialmente desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e, posteriormente, foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr) (BRASIL, 2011).

No ano de 1975, implantou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, o qual tinha a finalidade de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa teve o propósito de concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 1975).

Em 1983, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com a finalidade de proporcionar melhoria das condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutive da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, em 1984, o PAISMC foi substituído por dois programas que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011).

Todas essas ações foram importantes em seu momento na história do cuidado materno infantil. Atualmente temos em vigor desde o ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma das principais políticas públicas a serviço da mulher, sendo um instrumento que garante melhores condições

de vida, promovendo direitos, amplificando acesso a serviços essenciais, contribuindo para redução dos riscos, e sobretudo, estabelecendo atendimentos humanizados quanto a atenção à saúde da mulher. Nessa perspectiva da humanização, surge o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, através de uma assistência de qualidade e eficaz (BRASIL, 2004).

A vista disso, a identificação do perfil social e epidemiológico de mulheres grávidas e dos recém-nascidos de maneira célere, é um dos elementos essenciais para a avaliação da efetividade das ações recomendadas pelo Ministério da Saúde para a humanização da assistência, pois, a agilidade nesses atendimentos é essencial à saúde materno-infantil. Com isso, implantou-se o Sistema de Informação de Nascido Vivo (SINASC), tendo como base a Declaração de Nascido Vivo (DNV), cujo objetivo principal é fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, dados maternos e gestacionais (SANTOS, 2021).

Diante do exposto, a presente pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: “Quais os fatores maternos, condições de gestação e parto associados ao baixo peso em recém-nascidos a termo¹ na Região de Saúde Sul do Estado do Espírito Santo?”

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema levou em consideração as experiências nos anos em que atuou na Atenção Básica, onde foi possível presenciar os desafios enfrentados diariamente pelos profissionais multidisciplinares, principalmente na atenção à gestante e na difícil tarefa de conscientização de mães acerca da importância da realização do pré-natal. Nesse sentido, de acordo com a pesquisa de Nascimento, Barbosa e Corrêa (2019), a falta de realização de pré-natal pode representar um dos diversos fatores associados que corroboram para ocorrência do baixo peso ao nascer.

Portanto, no trabalho prestado de orientação nutricional às gestantes no âmbito da Atenção Básica, ES, pode-se observar um quantitativo considerável de recém-nascidos com baixo peso, e estudando de forma aprofundada, verificou-se que o baixo peso pode ser influenciado por condições socioeconômicas, sociodemográficas, aceitação da gravidez, número de pré-natal tardio, ambientais, a baixa escolaridade

¹ O recém-nascido à termo é aquele cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas

levando, conseqüentemente, a falta de informações para a mãe (CAMINHA *et al.*, 2019; BELFORT *et al.*, 2018).

Um tema relevante, principalmente, quando envolve a prestação da assistência de qualidade e resolutiva pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma vez que se percebe a importância das gestantes em consultas de pré-natal, com vista ao acompanhamento das mesmas para que patologias maternas e fetais possam ser prevenidas e detectadas precocemente, permitindo um período gravídico saudável.

Portanto, realizar o levantamento das características sociodemográficas da mãe auxilia na tomada de decisão dos serviços e políticas públicas, possibilitando que se proponham estratégias específicas de ação no município para tentar prevenir complicações, entre elas, o baixo peso ao nascer.

As gestantes, ou futuras gestantes, serão beneficiadas indiretamente, à medida que os resultados dessa pesquisa poderão fornecer subsídios para o planejamento de políticas públicas, e ainda, por esses subsídios também proporcionarem aos profissionais que as atenderão melhor compreensão dos fatores relacionados ao baixo peso ao nascer com a situação materna.

A comunidade científica terá a sua disposição dados confiáveis, que serão oferecidos uma vez que os mesmos, congruentes às metodologias de pesquisas científicas, pautadas em dados confiáveis e balizados em eficácias de levantamentos, tais como saberes terão origem identificada, finalidade definida e destino direcionado e por isso, poderão contar com um estudo mais aprofundado dos fatores determinantes maternos que contribuem para o baixo peso ao nascer.

A proposta dessa pesquisa estimulará um enfoque especial a respeito da temática que envolve a gênese dos membros da sociedade que foram contemplados pela busca de conhecimentos que permitam aquilatar ações que capilarizem a imediata e oportuna intervenção dos profissionais envolvidos no contexto pesquisado. Ao preconizar a busca do conhecimento sobre a origem dos eventuais problemas que acometem a saúde e o bem-estar, não somente das crianças nascidas vivas, mas também e, principalmente, no contexto que envolve a família ou as uniões que lhes deram origem. A pesquisa trará uma radiografia do ambiente vivido pelos pesquisados. Tal somatória de levantamentos irá condicionar diagnósticos mais precisos que resultarão em prognósticos contundentes de nascidos vivos com baixo peso ao nascer e a termo.

Portanto, vincula-se ao fato de avaliar as implicações das ciências ligadas ao

desenvolvimento humano e ao tratamento dos problemas de saúde para que os mesmos deixem de ser considerados um problema estrutural. Em tese, a proposta é analisar, criticamente e criteriosamente, determinados aspectos metodológicos dos estudos da área e apontar tendências que possam contribuir para o conhecimento de profissionais de diferentes áreas na avaliação funcional do processo gestacional e do baixo peso do recém-nascido a termo.

Espera-se que os profissionais de saúde sejam beneficiados pelos argumentos e modelos que serão propostos e que cientificamente serão abordados, o que poderá indicar a construção da assistência e cuidados adequados às necessidades psicossociais de pacientes gestantes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar associação do perfil sociodemográfico materno, condições da gestação e do parto com a ocorrência do baixo peso de nascidos vivos a termo, no período de 2014 a 2018 na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, e discutir esses resultados à luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil sociodemográficas, condições da gestação e do parto das mães dos recém-nascidos a termo na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018;
- b) Identificar as características dos recém-nascidos a termo na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018;
- c) Verificar a prevalência de baixo peso em recém-nascidos a termo na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018 e sua associação com o perfil sociodemográficas materno, condições da gestação e do parto.
- d) Descrever o processo histórico da elaboração da Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher e seus desdobramentos na esfera estadual.

Ao longo do primeiro capítulo, aborda-se a visão introdutória, ressaltando os objetivos e a relevância da pesquisa para os diferentes profissionais da saúde que atuam no cuidado de recém-nascidos. Quanto ao segundo capítulo, descreve-se os métodos e materiais utilizados no desenvolvimento do trabalho. No terceiro capítulo, se tem a compreensão dos procedimentos adotados para promover a saúde da mulher e as principais políticas públicas desenvolvidas na visão de conceder às mulheres uma maior assistência, considerando os diferentes ciclos de sua vida. Ao longo do quarto capítulo, ressaltam-se os principais resultados obtidos diante da análise e associações das variáveis evidenciadas através do levantamento, utilizando dados coletados de acordo com a Declaração de Nascido Vivo, disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de recém-nascidos a termo da Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo. No capítulo quinto tem-se as considerações finais diante dos dados e conteúdos evidenciados, apresentando-se as considerações primordiais na execução do trabalho e da pesquisa. Por fim, apresentam-se as referências utilizadas para aporte teórico da pesquisa, os anexos referentes à análise ética do projeto de pesquisa do qual utilizamos os dados e os apêndices.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal, com coleta retrospectiva de abordagem quantitativa, realizada pela análise do banco de dados do projeto de pesquisa intitulado “Desfecho Fetal: uma análise da via de parto e do número de consultas pré natal”, estes provenientes de dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil.

O método observacional visa observar e/ou mensurar algum fenômeno, sem a realização de qualquer interferência pelo pesquisador (GIL, 2008). Por sua vez, a pesquisa analítica é o tipo de pesquisa quantitativa que envolve o estudo e a avaliação aprofundados de informações coletadas em um estudo, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população (MARCONI; LAKATOS, 2017). Em suma, um estudo observacional analítico objetiva quantificar a

relação entre dois fatores, ou seja, o efeito de uma exposição sobre um desfecho. Assim esta pesquisa objetiva inferir como o perfil sociodemográfico de mães de nascidos vivos a termo, no período de 2014 a 2018 na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, pode associar-se com os fatores de risco ao nascer, especificamente o baixo peso.

A pesquisa retrospectiva, é o estudo que explora fatos do passado. Por fim, a pesquisa quantitativa trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los (SILVA; MENEZES, 2001). Assim, esta pesquisa utilizará dados provenientes de um banco de dados já extraídos, a partir da Declaração de Nascido Vivo, provenientes da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil; estes tabulados e submetidos a análise estatística e correlações.

Ainda, o presente estudo classifica-se como pesquisa bibliográfica. Essa pesquisa abrange toda a bibliografia tornada pública, em um determinado período e delimitada pelo meio, em relação a um determinado tema, como publicações, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, artigos científicos impressos ou eletrônicos, através da busca por descritores delimitantes. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2017). Sendo assim, foi realizada uma busca na literatura, de estudos científicos, através dos descritores “*baixo peso*”/“*lowweight*”, “*fatores maternos*”/“*maternal factors*”, “*peso ao nascer*”/“*birthweight*”, limitados aos idiomas, português e inglês, e aos anos, 2001 a 2022.

2.2 LOCAL DA PESQUISA

Os dados utilizados na pesquisa são provenientes de gestantes parturientes da Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste, fronteira com o oceano Atlântico a leste, com a Bahia ao norte, com Minas Gerais a oeste e com o estado do Rio de Janeiro ao sul.

O Espírito Santo possui uma área territorial de 46.074,447 km², com uma população de 3.514.952 em 2010 e estimada para 2020 em torno de 4.064.052 habitantes. Possui densidade demográfica de 76,25 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,740 (IBGE, 2010; 2020).

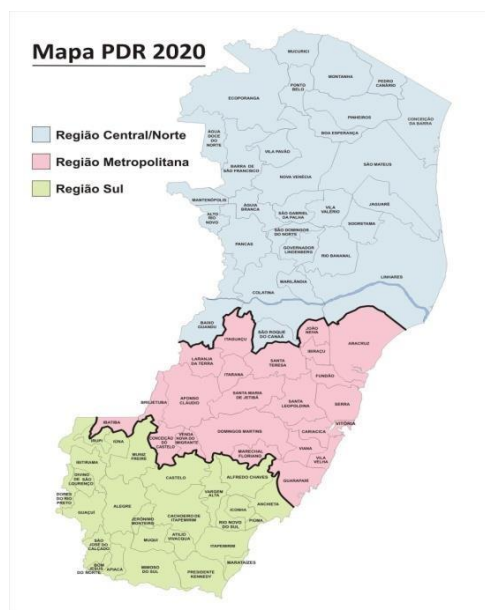
No que se refere a investimentos na região sul do Estado do Espírito Santo, até o ano de 2014, estes somaram o montante de R\$19,3 bilhões de reais distribuídos em Infraestrutura, Energia, Term. Portuário/ Aeroporto e Armazenagem, Transporte, Indústria, Comércio/Serviço e Lazer, Outros Serviços, Meio Ambiente, Saúde, Educação, Saneamento/ Urbanismo, Segurança Pública, Agroindústria e na saúde, somou-se um montante de R\$ 2,1 milhões de investimentos (ESPÍRITO SANTO, 2010).

As regiões de saúde no Estado do Espírito Santo são divididas atualmente por 3 (três) regiões: Região Sul, Região Metropolitana e Região Central/Norte, conforme *figura 1* mostra (ESPÍRITO SANTO, 2020). Vale ressaltar que para fins da presente pesquisa, será utilizado o PDR do ano de 2011, tendo em vista que era o vigente na época dos dados fornecidos pela SESA.

Importante ressaltar que o processo de planejamento do Governo do Espírito Santo propõe a adoção de uma regionalização como uma maneira de proporcionar melhorias na distribuição de recursos públicos, bem como buscar uma correta delimitação dos espaços para a execução de ações que levam ao desenvolvimento sustentável. Além disso, na decisão de regionalizar um espaço geográfico, torna-se essencial a observância do alinhamento das políticas públicas setoriais, ações e programas, principalmente focando a qualidade de vida da população e a redução das disparidades regionais (BRASIL, 2011).

A Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo é composta por 26 (vinte e seis) municípios com uma população total de 682.396 (seiscentos e oitenta e dois mil e trezentos e noventa e seis) habitantes, formado pelos municípios de: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Lúna, Jerônimo Monteiro, Maratáizes, Mimoso do Sul, Muniz, Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta (ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2020).

Figura 1- Mapa da divisão por regiões de saúde do Estado do Espírito Santo



Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2020.

2.3 AMOSTRA

Considerando os dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nasceram 37.904 crianças 1291 Recém-Nascidos a termo com Baixo Peso (BP) em toda Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, entre o período de 2014 a 2018, sendo este o número considerado para a presente pesquisa. Estes dados serão utilizados pois se encontram completos e atualizados no DATASUS, tornando sua análise contemporânea em relação a outros estudos no mesmo sentido (BRASIL, 2019).

2.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os dados de todas as gestantes/parturientes, idade gestacional de 37 a 42 semanas, com nascidos vivos em toda Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.

2.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os dados com erro de digitação e/ou considerados desconhecidos ou ignorados.

2.4 MÉTODOS

Os dados foram obtidos a partir de um banco de dados do projeto de pesquisa intitulado “Desfecho Fetal: uma análise da via de parto e do número de consultas pré natal”, coletados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que registra os nascimentos ocorridos nos hospitais do Brasil, em serviços públicos e privados. A fonte de dados do SINASC são os registros realizados na Declaração de Nascido Vivo (DNV), a qual pode ser preenchida por médico, por membro da equipe de enfermagem da sala de parto ou do berçário, ou por outra pessoa previamente treinada para esse fim, não sendo obrigatória a assinatura do médico responsável pelo recém-nascido (BRASIL, 2001).

Dessa forma, as variáveis que foram utilizadas nesta pesquisa foram detalhadas de acordo com a Declaração de Nascido Vivo. As variáveis utilizadas nesse estudo foram organizadas em categorias para responder os objetivos específicos:

2.4.1. Caracterização do recém-nascido

Para caracterizar o perfil dos recém nascidos coletou-se informação quanto: sexo (masculino ou feminino), peso ao nascer em gramas (Baixo Peso: 1500 à 2,499 gramas ou > 2,500 gramas; Peso Ideal: 2500g a 3999g; Acima do peso: $\geq 4000g$), Índice de Apgar do 5º minuto (0 a 10) e presença de anomalias ao nascer (sim, não ou ignorada).

O peso, ao nascer, é aferido em gramas e é considerado baixo aquele que apresenta peso menor que 2.500 gramas. Crianças de baixo peso ao nascer podem ser consideradas de maior risco de mortalidade, de desnutrição no primeiro ano de vida, de suscetibilidade a infecções, de doenças respiratórias, de traumas durante o parto e de desenvolvimento de doenças crônicas (VILANOVA *et al.*, 2019).

O índice de Apgar é estabelecido no 1º e no 5º minuto de vida pela análise de condições de nascimento da criança, em relação à frequência cardíaca, ao padrão respiratório, ao tônus muscular, à irritabilidade reflexa e à cor. Em sua interpretação, quanto melhor a pontuação, em melhores condições nasceu o bebê (APGAR *et al.*, 1958). A análise da relação entre a pontuação do Apgar e a mortalidade infantil conclui que o Apgar é relevante para o nascimento e também para prognóstico da vida adulta, sendo que é considerado maior o risco quanto menor o índice de Apgar, principalmente os que apresentarem menos que 7 pontos no 5º minuto de vida e que

estejam associados ao baixo peso e prematuridade (SCHARDOSIM *et al.*, 2018).

2.4.2 Perfil sociodemográfico materno

Para caracterizar o perfil das mães coletou-se informação quanto: escolaridade (Nenhum, 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 ou mais e ignorado), idade (menor ou igual a 19 anos, 20 anos a 35 anos, maior ou igual a 35 anos) situação conjugal (solteira, casada, viúva, divorciada, união estável, ignorada), raça/cor (branca, preta, amarela, parda e indígena) e município de residência da Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo.

2.4.3 Condições da gestação e parto:

Para caracterizar as condições da gestação e parto coletou-se informação quanto: Local de ocorrência (hospital; outros estabelecimentos de saúde; domicílio; outros; ignorados); gemelaridade (Única, dupla, tripla, Sem Informação); dados sobre a gestação atual: idade gestacional (37^a a 42^a de semanas de gestação), o número de consultas de pré-natal (< 6 consultas e maior ou igual a 6 consultas) e a via de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado).

A estimativa da idade gestacional permite a identificação da prematuridade, sendo considerado prematuro aquele nascido no tempo gestacional inferior 37 semanas. Esta estimativa pode ser feita por meio da data da última menstruação (DUM), método recomendado pela OMS devido à sua elevada acessibilidade e baixo custo e, também, por meio do exame físico ou de exames complementares como a ultrassonografia fetal, entre outros (PEREIRA *et al.*, 2014).

Diante da necessidade de esforço coletivo para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal em todo país, estipulou-se que o número mínimo de consultas a ser realizado no pré-natal seria de seis (6) consultas, sendo uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestres de gestação. Tal número de consultas é utilizado como indicador para fins de avaliação da atenção pré-natal (BRASIL, 2000).

2.5 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

O presente estudo faz parte de um projeto primário intitulado “Desfecho Fetal:

uma análise da via de parto e do número de consultas pré natal”. Este projeto primário foi submetido a análise do Comitê de ética em Pesquisa /EMESCAM, encontrando-se em consonância com a Resolução nº 466/2012, foi aprovado pelo parecer nº 3.075.080, de 12 de dezembro de 2018 (ANEXO I). Ademais, este projeto obteve anuência da SESA para o acesso dos dados, e do pesquisador responsável pelo projeto.

2.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

2.6.1 Análise descritiva

As variáveis categóricas (qualitativas) foram apresentadas como frequências absolutas (n) e relativas (%). Foi realizada análise descritiva dos dados coletados no presente estudo.

2.6.2 Análise inferencial

A análise inferencial foi realizada por testes bivariado, por meio do qui-quadrado com análise do resíduo padronizado ajustado para identificar as categorias que interferem nas associações encontradas, em que valores de resíduos maiores que o módulo de 1,96 (escore z referente a 95,0% de confiança) são considerados significativos. Para efeito de análise considerou-se as variáveis maternas e condições de gestação e parto como independentes e as categorias de peso ao nascer como variável dependente.

Para toda análise inferencial, foi adotado nível de significância de 5,0%, ou seja, resultados dos testes com valor $p < 0,05$ foram considerados significativos.

3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: DISCUTINDO OS DESAFIOS DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

O presente capítulo pretende abordar os desafios enfrentados pela mulher no âmbito da saúde no Brasil, e os fatores maternos que se encontram relacionados ao baixo peso ao nascer. Para atingir essa finalidade, o capítulo é dividido em duas partes. Primeiramente, discute-se o processo histórico das políticas de atenção à saúde da

mulher no Brasil, de maneira a ressaltar as suas origens e evoluções ao longo dos anos. Ademais, aborda os antecedentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada no ano de 2004, pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, analisa-se a citada Política, buscando compreender o contexto do seu surgimento, seus objetivos e principais previsões.

3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde, em parceria com setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do Sistema Único de Saúde e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004).

Até a sua efetiva implementação, foi necessário passar por diversas fases de desenvolvimento. De acordo com Souto e Moreira (2021), os primeiros passos institucionais dessa trajetória de quatro décadas começaram no ano de 1984, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), responsável por romper com o termo “materno-infantil”, até então orientador das ações de saúde da mulher, passando a utilizar o termo “integralidade”. Ainda, de acordo com os autores, modificou-se a estrutura do Ministério da Saúde, em que a “área técnica materno-infantil” tornou-se “área técnica de saúde da mulher”.

Isso porque, no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, entretanto, às demandas relacionadas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, refletiam uma visão restrita a respeito da mulher, baseada em sua especificidade biológica e na sua função social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Essas políticas refletiam o papel que a mulher ocupava na sociedade até então, tendo em vista que a elas foram atribuídas funções próprias do domínio privado, como os cuidados da casa e dos filhos, na manutenção de uma estrutura que permitiu aos homens o envolvimento com assuntos políticos e econômicos, próprios do domínio

público (COELHO; BAPTISTA, 2009, p. 87). Além disso, o corpo feminino era um lócus privilegiado de instrumentação de sua opressão e submissão e, portanto, as dimensões associadas ao cuidado com a saúde da mulher encontravam-se expressas nas intervenções voltadas para o corpo, definidas pelo papel que a sociedade lhe impõe, como mãe e reprodutora (SOUTO, 2008).

A Constituição prevê a elas, como a dedicação prioritária à vida doméstica e aos familiares, colaboraram para que as políticas públicas relacionadas às mulheres apenas previssem questões relacionadas a sua função de mãe e doméstica, responsável pelo cuidado dos filhos e do lar (SOUTO, 2008).

Nessa época, nos programas materno-infantis, preconizava-se as ações como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes, além de serem programas caracterizados pela verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal (BRASIL, 2004).

Entretanto, no âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas foram duramente criticados em decorrência da perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, a qual apenas tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, sendo privada de assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2004).

Isso porque a inserção da mulher no mercado de trabalho e na sociedade, a partir da industrialização e do capitalismo, acarreta consequências na visibilidade da opressão da mulher e nas desigualdades vivenciadas. Nesse sentido, o movimento feminista reivindicou por espaços e direitos em um mundo opressor, que culturalmente pertencia aos homens; conquistaram o direito ao voto, direitos sexuais e direitos reprodutivos – viver a sexualidade sem a obrigatoriedade da reprodução (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Dessa forma, as mulheres argumentam que as desigualdades nas relações sociais entre os gêneros e a opressão à figura feminina possuíam reflexos diretos em problemas de saúde, que afetam particularmente a população feminina. Reivindicavam, portanto, a sua condição de sujeitos de direito, com necessidades e peculiaridades que vão muito além do momento da gestação e parto, exigindo ações e políticas aptas a proporcionar a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida (BRASIL, 2004).

Assim, nos anos 1980, o movimento feminista brasileiro imprimiu caráter político

aos seus pleitos, proporcionando espaço de diálogo entre o Estado e a sociedade. Nesse momento, as lutas feministas passaram a ser orientadas por igualdade nas leis e por políticas públicas que contemplassem as relações de gênero, as desigualdades nas relações de trabalho e o direito à saúde. O movimento foi protagonista na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, tanto em sua formulação quanto na sua reorganização institucional e implementação (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Dessa maneira, o Programa previa ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Considerando o grande avanço que o Programa representou para os direitos das mulheres no cenário da saúde, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros, com a finalidade de materializar o programa e conferir direção às propostas, trabalhadoras de serviços de saúde, reuniram-se em outubro de 1984 no I Encontro de Saúde da Mulher e construíram a Carta de Itapeceira. Nessa carta, estavam contidos os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, viriam a se tornar bases constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Assim, o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, em um período em que, paralelamente, se concebia o arcabouço conceitual que servirá como base para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Esse Programa, anterior ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), conseguiu se consolidar, em grande parte, graças ao fortalecimento do movimento feminista brasileiro, que, nos anos 1980, imprimiu um caráter político às suas demandas, estabelecendo espaços de diálogo com o Estado e com a sociedade, em especial, após o fim da ditadura militar e o início do processo de redemocratização do País (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Importante mencionar que, no seu período inicial, entre os anos de 1984 e 1989, o SUS ainda não havia sido implantado, motivo pelo qual os programas eram

verticais e o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa enfrentou o desafio de conviver com uma máquina administrativa vertical e autoritária, sob a configuração de um Estado Mínimo defendido na época (SOUTO, 2008).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde adquiriu novos contornos no país. A Constituição prevê, de maneira expressa, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além disso, considera que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, nesse sentido, implementa o Sistema Único de Saúde, em seu art. 200, estabelecendo as suas atribuições, quais sejam: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências (BRASIL, 1990).

Incluem-se no campo de atuação do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, entre inúmeras outras atribuições previstas no rol extenso do art. 6º da Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

Na década de 90, com a implantação e regulamentação do SUS, o PAISM

ganhou força, nada obstante as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde materna (SOUTO, 2008). Entretanto, embora tenha representado um avanço significativo e histórico, o PAISM não contemplava muitos direitos relacionados à saúde da mulher, apresentando lacunas em assuntos que vieram a ser supridos com a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no ano de 2004, discutida de maneira mais aprofundada no tópico que se segue.

Um importante avanço alcançado no âmbito da saúde da mulher foi a edição da Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal Portaria considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania, bem como a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2000a)

O programa estabelece os seguintes princípios e diretrizes para que seja concretizada a sua estruturação:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima (BRASIL, 2000 pag 06).

Tais princípios e diretrizes visam assegurar e proteger a saúde da mulher durante o período gestacional, no momento do parto e no puerpério. Reconhece-se que a proteção da saúde da mulher nesse período é essencial para assegurar um nascimento saudável do recém-nascido (BRASIL, 2000b).

Além disso, no mesmo ano, houve a regulamentação, pela Portaria nº 693, de

5 de julho de 2000, da atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, um modelo de atenção humanizada, de baixo custo e benéfico para o desenvolvimento psicoafetivo de bebês prematuros (BRASIL, 2000b).

Ainda, a Portaria considera que a adoção da estratégia do Método Canguru pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família. As recomendações visam atender adequadamente o recém-nascido de baixo-peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego entre a mãe a criança, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança da criança, inclusive quanto ao manuseio e o relacionamento familiar (BRASIL, 2000b).

Entre a população atendida por esse método, tem-se as gestantes em situações clínicas ou obstétricas de maior risco para o nascimento de crianças de baixo peso, o que inclui diretamente a saúde da mulher (BRASIL, 2000b).

Dessa maneira, é possível sintetizar os antecedentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (tabela 1), com a finalidade de visualizar, de maneira cronológica, a evolução das políticas e ações de atenção à mulher no Brasil.

Tabela 1 – Antecedentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Política/ Programa	Período	Previsões e características
Programas materno-infantis	Décadas de 30, 50 e 70	Refletiam uma visão restrita a respeito da mulher, baseada em sua especificidade biológica e na sua função social de mãe edoméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	1984	Incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Previu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.
Carta de Itapeverica (I Encontro de Saúde da Mulher)	1984	Antecedente conceitos de integralidade, equidade e participação social, visando materializar o PAISM e conferir direção às propostas.
Constituição da República Federativa	1988	Criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de

do Brasil		saúde.
Portaria nº 569	2000	Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde assegurando, entre outros direitos, o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério.
Portaria nº 693	2000	Regulamentação da Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso.

Fonte: Própria Autora, 2022.

Observa-se, nesse sentido, que os antecedentes históricos que marcam a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foram imprescindíveis para garantir uma elaboração adequada da Política, a qual deveria contemplar as conquistas proporcionadas pelas lutas das mulheres com relação aos seus direitos à saúde.

3.2 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Uma política de saúde integral precisa considerar a totalidade do ser humano, em seus aspectos físico, mental, afetivo e espiritual, bem como a existência de conhecimentos e práticas de saúde acumulados e sintetizados em redes de serviços que produzem ações de saúde, com vistas a proporcionar esse cuidado integral (SOUTO, 2008). Nesse sentido e com essas finalidades, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou, no ano de 2003, a necessidade de articular o PAISM com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, como atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004).

Nesse mesmo ano, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), com a finalidade de promover a construção de um Brasil mais justo, igualitário e democrático, por meio da valorização da mulher e de sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País (BRASIL, 2015).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004).

A PNAISM tem como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS e se baseou nos seguintes objetivos: conceituar as ações de saúde da mulher como política e não mais como programa, por entender que o termo política é mais abrangente que o termo programa; introduzir e visibilizar novas “necessidades” de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas; introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social; definir fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde; introduzir nas políticas a transversalidade de gênero, o recorte racial-étnico e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres (BRASIL, 2015).

Tal Política tem sido capaz de instaurar uma ideia de superação das políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe, responsável pelas funções reprodutora e cuidadora de filhos, e que, por isso, organizaram o sistema de saúde de maneira excludente. O caráter integral da política está relacionado a uma forma emancipadora de visualizar as mulheres e sua saúde, que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, plenas de direito. Isso demanda um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado² e redes de serviços³ que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não inviabilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Além disso, a Política reconhece uma ampla gama de necessidades da população feminina, além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das patologias,

²Padronizações técnicas que explicitam informações de organização da oferta de ações de saúde no sistema, que descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde e viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial (BRASIL, 2017).

³São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

queixas e mal-estares das mulheres (BRASIL, 2015).

Desta feita, afirma Souto (2008) que incluir a análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras e realizar uma leitura de gênero sobre os dados, com a observância de fatores e causas de adoecimento que ultrapassam a visão biologistica, representou um avanço significativo para tratar os agravos à saúde das mulheres. O autor Cluzeni (2021), ainda reconhece que ocorre uma grande desigualdade de gênero, classe e raça, algo que pode impactar na prestação de serviços, assim como prejudicar o desenvolvimento eficiente da saúde junto a sociedade como um todo.

Nesse sentido, a PNAISM esclarece expressamente que a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda, não restringindo às políticas de proteção à saúde da mulher no período de gestação ou reprodução. Por isso, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Ainda, a Política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

Assim, verifica-se que o PNAISM tem a finalidade de proporcionar atenção integral à saúde da mulher, por meio de princípios e diretrizes. A Política considera os princípios da humanização e da qualidade como fundamentais para a concretização de seus objetivos. Nesse sentido:

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (...). Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres

semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004, p. 59).

Além desses dois princípios, que são essenciais e indissociáveis, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher também contempla certas diretrizes, quais sejam:

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.
- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.
- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.
- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.
- A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação

para humanização das práticas em saúde.

- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.
- No processo de elaboração, execução e avaliação das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos da saúde da mulher.
- Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer
- cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.
- No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.
- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados (BRASIL, 2004, p. 63-65).

Essas diretrizes contemplam, adequadamente, as suas necessidades, não apenas durante um certo período de sua vida (gravidez e parto), mas durante todas as fases de sua vivência, como sujeito de direito integrante de uma sociedade marcada pela opressão de gênero e pelo machismo.

Além disso, a PNAISM deve ser utilizada como instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica (BRASIL, 2015).

Reconhece-se, nesse sentido, a necessidade de humanização e qualidade do atendimento na atenção à saúde das mulheres, considerando também que a perspectiva de gênero influencia no planejamento das ações de saúde.

Posteriormente, no ano de 2011, por intermédio da Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, foi instituída a Rede Cegonha, no âmbito do SUS, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo

e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, nos termos do art. 1º da referida Portaria (BRASIL, 2011b).

Entre seus princípios, tem-se a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. Ainda, como objetivos, tem-se o de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Posteriormente, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130 no ano de 2015, com maior ênfase na saúde da criança, vem orientar e qualificar as ações dos serviços de saúde no âmbito do SUS, voltadas à gestação, ao parto e ao recém-nascido, acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 9 anos, em especial, na primeira infância até os 5 anos, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, àqueles com condições crônicas, e deficiência. O primeiro eixo estratégico da PNAISC enfatiza o direito da assistência humanizada e qualificada, com maior acesso, cobertura, qualidade e humanização obstétrica e neonatal, integrando as ações de pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas ações desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015).

Observa-se, nesse sentido, que as políticas e os programas de atenção à saúde integral da mulher possuem desdobramentos, como a saúde da criança, que está diretamente relacionada com a saúde da mãe no momento da gestação, do parto e do puerpério.

3.3 PLANO ESTADUAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES DO ESPÍRITO SANTO (PEPMES)

No Espírito Santo, de acordo com informações publicadas na página oficial da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, compete à Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH), por meio da Subsecretaria de Estado de Política para as

Mulheres (SUBPM), articular e executar ações políticas de promoção, proteção e defesa dos direitos humanos, que se encontram associadas às mulheres no âmbito do Estado do Espírito Santo.⁴

A subsecretaria de Estado de Política para Mulheres (SUBPM), responsável pela gestão das políticas públicas para mulheres no âmbito do estado do Espírito Santo, foi criada em 2015, vinculada à então Secretaria de Estado de Assistência Social e Política para as Mulheres (SEASM). No ano de 2016, por meio do Decreto nº 830, a SUBPM foi incorporada na estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH)⁵. Dentre outras atribuições correlatas e complementares, compete à Subsecretaria de Estado de Políticas para Mulheres:

- I - formular diretrizes e promover políticas em todos os níveis da administração pública direta e indireta, visando à eliminação das discriminações que atingem a mulher, garantindo condições de liberdade e equidade de direitos, assegurando sua plena participação nas atividades políticas, sociais, econômicas e culturais do Estado;
- II - estimular, apoiar e desenvolver o estudo e o debate da condição da mulher brasileira, bem como propor medidas voltadas à prevenção e ao enfrentamento da violência contra a mulher e à proteção de mulheres em situação de vulnerabilidade;
- III - desenvolver programas e projetos em diferentes áreas de atuação, no sentido de construir a autonomia econômica das mulheres.

Nesse sentido, é relevante ressaltar que a gestão de políticas públicas para as mulheres no Espírito Santo, da qual é responsável a SUBPM, é norteadas pelo Plano Estadual de Políticas Públicas para as Mulheres e pelo Pacto Estadual pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, conforme informações constantes na página eletrônica oficial da Secretaria Estadual de Direitos Humanos.⁶

O Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Espírito Santo (PEPMES) instituído em 2014, pelo governo estadual – com ampla participação da sociedade institucionalizado oficialmente em 29 de agosto de 2019, através do Decreto 4490-R, representa um marco nas políticas públicas e uma busca da equidade de gênero.

O Plano Estadual passou por um processo de desenvolvimento antes de sua edição. No processo da III Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres,

⁴ Informação disponível em: <https://sedh.es.gov.br/politicas-para-as-mulheres>.

⁵ Informação disponível em: <https://sedh.es.gov.br/subsecretaria-de-estado-de-politicas-para-as-mulheres>

⁶ Informação disponível em: <https://sedh.es.gov.br/politicas-para-as-mulheres>

realizada em 2011, que mobilizou 4.309 mulheres, abrangendo 60 municípios do Estado, foi aprovada a Plataforma de Políticas para as Mulheres. Em 2013, ao constituir a Comissão Temporária de Elaboração do PEPMES e o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher do Espírito Santo, deu-se continuidade ao compromisso assumido em 2011. Em outubro de 2014 realizou-se o Seminário de Revalidação do PEPMES com a participação de 150 mulheres. Nesse processo, dialoga-se com as mulheres em toda sua diversidade, entendendo suas necessidades e, também, com os órgãos governamentais, agentes que terão a responsabilidade na implementação do Plano (ESPÍRITO SANTO, 2019).

O PEPMES dispõe de alguns princípios, os quais devem orientar a ação do Estado, bem como os mecanismos de controle social a fim de possibilitar a reconstrução de novas políticas que rompam com práticas patriarcais enraizadas nas relações sociais de gênero e nas institucionalidades do Estado. Assim, reconhece-se a necessidade de buscar ações, posturas e políticas que construam a igualdade, o respeito à diversidade na gestão pública, baseados nos seguintes princípios: igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade, justiça social, transparência dos atos públicos, participação e controle social (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Um dos eixos do Plano envolve a saúde das mulheres, incluindo seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. Esses eixos são:

1. Enfrentamento a feminização da pobreza e a garantia da autonomia econômica das mulheres com trabalho decente;
2. Educação inclusiva, não sexista, não racista, não homofóbica, não lesbofóbica e não transfóbica;
3. Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos;
4. Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres;
5. Enfrentamento ao racismo, sexismo, lesbofobia, bifobia e transfobia;
6. Gestão e monitoramento do Plano Estadual de Política para as Mulheres (ESPÍRITO SANTO, 2019 pag 02).

Tais eixos estabelecidos pelo PEPMES, cada um deles com suas linhas de ações e propriedades, visam garantir, de maneira integral e adequada, a proteção do direito à saúde da mulher, em todas as fases de sua vida, reconhecendo-se a relevância dessa proteção também para a saúde dos recém-nascidos, tendo em vista que uma das finalidades envolve a redução da mortalidade neonatal no estado. Essa redução, portanto, é proporcionada com a concretização do direito à saúde da mulher.

Assim, observa-se que a saúde da mulher tem influência direta na saúde do recém-nascido, motivo pelo qual é essencial garantir a concretização desse direito, por intermédio da criação e implementação de planos, políticas e ações.

4 FATORES MATERNOs, CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO E PARTO ASSOCIADOS AO BAIXO PESO EM RECÉM-NASCIDOS A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

No sul do Estado do Espírito Santo, durante o período estudado (2014-2018), houve o nascimento de 37.904 crianças, nos 20 municípios na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo.

Os municípios com maior porcentagem de nascimento foram Cachoeiro de Itapemirim, seguido de Itapemirim e Guaçuí (Tabela 02).

Tabela 2 – Distribuição de frequência de nascidos vivos por Município na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.

	Frequência N= 37904	Porcentagem %
Alegre	1927	5,08
Anchieta	1774	4,68
Atílio Vivacqua	2	0,01
Cachoeiro de Itapemirim	18519	48,86
Castelo	2176	5,74
Divino de São Lourenço	2	0,01
Guaçuí	2796	7,38
Ibitirama	5	0,01
Iconha	7	0,02
Irupi	2	0,01
Itapemirim	6241	16,47
Lúna	1907	5,03
Jerônimo Monteiro	14	0,04
Marataízes	1	0,00
Mimoso do Sul	848	2,24
Muniz Freire	537	1,42
Muqui	375	0,99
Piúma	1	0,00
São José do Calçado	714	1,88
Vargem Alta	56	0,15
Total	37904	100

Fonte: Autoria Própria

O grande número de nascimentos no município de Cachoeiro de Itapemirim pode ser explicado por ser o município de referência para o atendimento à gestante de alto risco de toda a Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo desde o ano de 2004 (PREFEITURA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM). Os atendimentos no

hospital contam com uma equipe multiprofissional, formada por médicos obstetras, pediatras, anestesistas, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, cirurgião pediátrico, cirurgião cardíaco, além de infraestrutura composta por centro cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (adulto e neonatal), Unidade de Alto Dependência de Cuidados, maternidade de alto risco e sala de parto (PREFEITURA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM).

Além disso, outra hipótese que pode explicar esse número elevado de nascimentos no município é em decorrência de ser o município mais populoso da região, contando com 212.172 pessoas no ano de 2021, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO A TERMO NA REGIÃO DE SAÚDESUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2014 E 2018

Como pode ser observado na tabela 3 a maioria dos recém-nascidos, no período analisado, eram do sexo masculino.

Tabela 3 - Frequência de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, segundo ao sexo, no período de 2014 a 2018.

Sexo	Frequência N = 37904	Porcentagem %
Feminino	18270	48,2
Masculino	19632	51,8
Total	37904	100

Fonte: Autoria Própria

Assim, observa-se que, na pesquisa, feita, prevaleceu a frequência de nascidos vivos da Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo do sexo masculino no período de 2014 a 2018. Entretanto, não se observou uma disparidade importante entre ambos os sexos, apresentando uma diferença de 3,6%. Esse mesmo resultado quanto ao sexo, foi observado na pesquisa feita por Moreira, Sousa e Sarno (2018), em recém-nascidos de 794 mães participantes do Programa de Atenção às Gestantes do Einstein na Comunidade de Paraisópolis de São Paulo, que verificou 52,1% dos recém-nascidos vivos como do sexo masculino.

Os dados da pesquisa feita apresentam valores próximos com a frequência da população por sexo no Estado do Espírito Santo no período analisado. Entre os anos

de 2014 e 2018, a taxa de percentual de homens foi 49,25%, em média.

Com relação a frequência de nascidos vivos da Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, observou-se, no período analisado, que 3,4% dos nascidos possuíam baixo peso ao nascer (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, segundo a classificação do peso ao nascer, no período de 2014 a 2018.

Classificação do Peso ao Nascer	frequênciaN:37904	Porcentagem %
Baixo peso	1291	3,4
Peso ideal	34136	90,1
Acima do peso	2477	6,5
Total	37904	100,0

Fonte: Autoria própria

O peso ao nascer é um parâmetro que é usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, sendo que o baixo peso está relacionado com a maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, define-se como baixo peso o recém-nascido com menos de 2,5kg (MOREIRA; SOUSA; SARRO, 2018).

No Brasil, a avaliação dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) entre 1996 e 2011 mostrou ser de 8,0% a proporção de BPN nas 26 capitais dos Estados, e em Brasília, tendo sido maior nas Regiões Sudeste (8,4%) e Sul (8,0%) e menor nas Regiões Norte (7,2%), Nordeste (7,6%) e Centro-Oeste (7,4%) (SINASC).

Considerando que o índice APGAR menor de 7 representa um maior risco, a maioria das crianças nascidas no período analisado receberam uma avaliação de APGAR superior à sete, representando 99,6% (Tabela 5), o que denota que a maioria expressiva dos recém-nascidos tinham apresentado um baixo risco para o desenvolvimento de complicações.

Tabela 5 - Frequência de nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, segundo o Índice de APGAR no 5 minuto, no período de 2014a 2018.

APGAR 5 minutos	FrequênciaN: 37904	Porcentagem %
0	3	0,01

1	13	0,03
2	10	0,03
3	8	0,02
4	23	0,1
5	41	0,1
6	80	0,2
7	299	0,8
8	1460	3,9
9	17121	45,2
10	18763	49,5
Sem informação	83	0,2
Total	37904	100

Fonte: Autoria própria

Assim, no mesmo sentido que os resultados encontrados, Ferrer *et al.* (2022), em estudos realizados em hospital público do Distrito Federal com amostra de 2.205 partos, que demonstrou baixa prevalência de partos com o índice de APGAR menor que 7, identificando que 0,7% do total de partos. Os autores também fazem a afirmação que APGAR menores que 7, notadamente no quinto minuto, estão relacionados diretamente com a mortalidade e morbidade neonatal (FERRER *et al.*, 2022).

Os nascidos durante o período de 2014 e 2018, na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, apresentaram baixo índice de anomalias, com um resultado de apenas 0,6% (Tabela 6). Esse resultado encontra-se em conformidade com a demonstração do índice de APGAR, que apresentou também baixa frequência. Dessa maneira, considerando que o índice de APGAR tem associação direta com a presença de anomalias, infere-se que quanto maior é a frequência de nascidos com índice menor que 7, maior será a frequência de nascidos com a presença de alguma anomalia.

Tabela 6 – Presença de anomalias em nascidos vivos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.

Presença de anomalia	FrequênciaN: 37904	Porcentagem %
Sim	211	0,6
Não	37693	99,4
Total	37904	100

Fonte: Autoria Própria

A ocorrência dessas anomalias pode ser explicada por diversos fatores, como

a gravidez na adolescência, o índice de APGAR e a realização inadequada ou insuficiente de pré-natal pela gestante (ROCHA; MADEIRA, 2020). Entre estes fatores destaca-se a gravidez na adolescência onde alguns fetos não apresentam a formação correta, ou mesmo no desenvolvimento ressaltam alguns problemas. No estudo de Lopes *et al.* (2020) constatou-se que, nos casos de gestações na adolescência, houve uma ocorrência elevada de prematuridade e de RN pequenos para idade gestacional, sendo os seus percentuais, respectivamente 16,7% e 10,7%. Dias e Teixeira (2020) também afirmam que há uma elevada taxa de cesárea entre as parturientes adolescentes.

No Brasil, no ano de 2015, a principal causa de morte, em menores de cinco anos, foi a prematuridade, seguida por anomalias congênitas, asfixia e trauma no nascimento. No âmbito estadual, no Espírito Santo (ES), essa ordem se altera levemente sendo que as anomalias congênitas passam a ocupar o primeiro lugar no “*ranking*”, enquanto a prematuridade e a asfixia e trauma no nascimento passam a ocupar o 2º e o 3º lugar, respectivamente (FRANÇA *et al.*, 2017).

4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES EM TRABALHO DE PARTO NA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2014 A 2018

A média de idade das mães que deram à luz no período estudado foi de $26,6 \pm 6,5$ anos, variando entre 12 a 52 anos de idade. A maioria delas tinham entre 20 a 35 anos de idade, o que representa um percentual de 73,8% (Tabela 07). Destaca-se também na tabela 7 o número importante de nascimentos em gestantes menores de 19 anos (16,2%).

Tabela 07 - Faixas etárias das parturientes de nascidos vivos Na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018.

Idade da Parturiente	Frequência N:37904	Porcentagem %
≤19 anos	6159	16,2
20 a 35 anos	27960	73,8
> 35 anos	3785	10,0

Fonte: Autoria Própria

Total

37904

100

Defelipo *et al.* (2020) obtiveram resultado semelhante: 30,8% das mulheres tinham a idade menor que 20 anos ou maior ou igual a 35. A maioria delas possuía entre 20 a 34 anos, representando um percentual de 69,2% dessas mulheres. Com resultado parecido, a idade das gestantes no estudo feito por Moreira, Sousa e Sarno (2018), verificou-se uma variação de idade entre 13 a 44 anos, com mediana de 24 anos.

No estudo feito, identificou-se uma significativa prevalência de gravidez na adolescência. É consenso na literatura que a gravidez no período da adolescência apresenta maiores riscos de complicações. Corroborando com isso, Cesar *et al.* (2011) identificaram que a adolescência está relacionada à maior ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e pré-natal inadequado (menor número de consultas de pré-natal, início das consultas mais tardiamente e baixa realização de exames complementares).

Com isso, observa-se que “gravidez na adolescência pode levar a quadros de prematuridade, condição que pode predispor ao quadro de hipóxia fetal e, conseqüentemente, influenciar no APGAR fetal” (FERRER *et al.*, 2022, p. 294). Conseqüentemente, com o índice de APGAR baixo (<7), há a prevalência de anomalias e mortalidade.

Ainda, “somam-se a estes fatores a falta de informações sobre os benefícios do pré-natal e o sentimento de vergonha pela busca de cuidados médicos por parte das adolescentes, sobretudo entre as mais pobres” (CESAR *et al.*, 2011, p. 985).

Com relação à situação conjugal da mãe, a grande maioria delas apresentavam companheiro, representando uma porcentagem de 75,27%, sendo que, dessa porcentagem, 47,38% eram casadas e 27,89% tinham união estável (Tabela 08). Com esses dados, observa-se a alta prevalência de mães casadas ou conviventes que tiveram filhos no período analisado.

Tabela 08 - Situação conjugal das parturientes de nascidos vivos Na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018

Situação Conjugal da Parturiente

Frequência N: 37904

Porcentagem
%

Solteira	8276	21,83
Casada	17960	47,38
Viúva	80	0,21
Divorciada	483	1,27
União estável	10570	27,89
Ignorado	535	1,41
Total	37904	100

Fonte: Autoria Própria

Com resultado semelhante, demonstrando a prevalência de mulheres casadas ou conviventes que tiveram filhos no período de estudo, Soares, Zotz e Motter (2021) identificaram o percentual de 16,13% solteiras, 32,26% casadas e 51,61% em união estável. A prevalência de mães com companheiros (maridos ou conviventes) aponta um fator benéfico, tanto para a parturiente, quanto para o recém-nascido. Para a primípara, é essencial uma rede de apoio durante o período da gestação, do parto e nos primeiros anos de vida da criança. Para o recém-nascido, os laços com o pai são importantes para o seu pleno desenvolvimento (SOARES; ZOTZ & MOTTER, 2021)

Com relação à escolaridade da mãe, tem-se que a maioria delas cursou a escola entre 8 a 11 anos, o que demonstra o Ensino Fundamental Incompleto. Apenas 17,4% das mães cursaram a escola entre 12 anos ou mais (Tabela 09).

Tabela 09 - Escolaridade das parturientes de nascidos vivos Na Região de Saúde Sulno Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018

Escolaridade da Parturiente	FrequênciaN= 37904	Porcentagem %
Nenhum	122	0,32
1 a 3 anos	703	1,85
4 a 7 anos	7436	19,62
8 a 11 anos	22997	60,67
12 ou mais	6419	16,93
Ignorado	180	0,47
Sem informação	47	0,12
Total	37904	100

Fonte: Autoria Própria.

Importante mencionar, nesse cenário, que a escolaridade da mãe se encontra diretamente associada à qualidade da gestação e do parto e, conseqüentemente, à presença ou não de anomalias no recém-nascido (CURRIE; MORETTI, 2003). Esses dados podem estar associados também ao índice de gravidez na adolescência. Isso porque estudos demonstram que a gravidez nesse período é um fator indicado para a

evasão escolar. Currie e Moretti (2003) apontam que mães mais escolarizadas são capazes de ter mais cuidados com a saúde no pré-natal, trazendo benefícios para a saúde dos filhos antes de nascerem. Ainda, apontam que a educação induz as mulheres a terem comportamentos mais saudáveis, principalmente durante a gravidez.

4.3 CONDIÇÕES RELATIVAS À GESTAÇÃO E TRABALHO DE PARTO EM MÃES DE RECÉM - NASCIDOS A TERMO DA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NO PERÍODO DE 2014 A 2018

Com relação ao local de nascimento, 99,76% das crianças nascidas no período estudado, na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, nasceram em hospital (tabela 10).

Tabela 10 – Local de nascimento de nascidos vivos Na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018

Local de Nascimento	Frequência N:37904	Porcentagem %
Hospital	37812	99,76
Outros estabelecimentos de saúde	33	0,09
Domicílio	21	0,06
Outros	36	0,09
Ignorado	2	0,01
Total	37904	100,00

Fonte: Autoria própria

Uma possível explicação para esse dado é a localização de determinados municípios, como é o caso do Bom Jesus do Norte, que compõem a Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo. O município de Bom Jesus do Norte, localiza-se a 220km de distância da capital do ES, sendo que a estrutura de assistência à saúde pública é composta por uma unidade de pronto atendimento, quatro ESFs, uma UBS e um centro odontológico, sem a presença do atendimento terciário em saúde, precisando a população deslocar-se para esse tipo de atendimento (PREFEITURA DE BOM JESUS DO NORTE).

Vale ressaltar que, em países desenvolvidos, há a estimativa de que 15 a 20% dos recém-nascidos nascem em locais sem infra-estrutura adequada e precisam ser transferidos para centros mais desenvolvidos. No Brasil, não existem registros claros

referentes a isso, mas estima-se que o número seja maior. Entretanto, na literatura, a maioria dos estudos que analisam resultados relacionados ao nível de cuidados perinatais indica que a morbimortalidade de RN muito prematuros ou doentes aumenta quando os partos ocorrem em centros sem a especialização adequada para o atendimento. O risco dos recém-nascidos fora de um serviço terciário, são morte por hemorragia ventricular grave, doença da membrana hialina, persistência do canal arterial e infecção hospitalar significativamente maior quando comparados com crianças nascidas em centros terciários (ARAUJO *et al.*, 2011).

Um dos fatores associados frequentemente na literatura com o BPN é a realização de partos anteriores pela parturiente. Estudos apontam uma associação positiva entre o BPN e os RN das mulheres sem filhos anteriormente, daquelas que já tinham dois filhos, três ou mais (CARNIEL *et al.*, 2003).

Na Tabela 11, percebe-se que na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, se tem uma frequência quanto ao parto de gravidez única resultantes em nascidos vivos de baixo peso, algo que se relaciona com o perfil familiar atual, assim como fluxo de mulheres grávidas da região.

Tabela 11- Classificação da gravidez em parturientes de nascidos vivos, considerando a gemelaridade, na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018

Gemelaridade	Frequência N:37904	Porcentagem %
Única	37473	98,9
Dupla	397	1,0
Tripla	3	0,0
Sem informação	31	0,1
Total	37904	100,0

Fonte: Autoria própria.

Quanto à semana gestacional, observou-se, no período estudado, que 90,8% dos partos aconteceram após a 38^a semana gestacional (Tabela 12).

Tabela 12 - Semana gestacional do nascimento vivos ocorridos na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018

Semana Gestacional	Frequência N:37904	Porcentagem %
37 ^a	3506	9,2
38 ^a	8804	23,2
39 ^a	12655	33,4
40 ^a	8644	22,8

41 ^a	3350	8,8
42 ^a	945	2,5
Total	37904	100,0

Fonte: Autoria própria

Pela tabela apresentada acima, observa-se que é alta a frequência de nascidos vivos de acordo com as semanas gestacionais, consideradas dentro do período de normalidade, ou seja da 37^a à 42^a semanas, conforme indicou o estudo realizado por Costa, Gomes Júnior e Magluta (2018, p.2), ao indicar que “os óbitos neonatais se tornaram o principal componente da mortalidade infantil, tendo a prematuridade (menos de 37 semanas de idade gestacional) como sua causa preponderante”, ou seja, o risco de morte é maior quando a idade gestacional é inferior a 37 semanas.

Quanto ao número de consultas, apenas 0,5% das mulheres realizaram o pré-natal completo, com a quantidade de 6 ou mais consultas. Assim, as mulheres que não realizaram o pré-natal completo representam 99,5% (Tabela 13).

Tabela 13 - Número de consultas pré-natal realizadas pelas parturientes de nascidosvivos da Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018

Nº de consulta pré-natal	FrequênciaN:37904	Porcentagem %
< 6	37729	99,5
≥ 6	175	0,5
Total	37904	100,0

Fonte: Autoria própria.

Nos estudos feitos por Defelipo *et al.* (2020), a porcentagem de mulheres que realizaram o pré-natal completo, com 6 ou mais consultas apresentou um percentual elevado de 79,2%. Sabe-se que a implementação do pré-natal tem papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de doenças da mãe e do feto, no desenvolvimento saudável da criança e na redução de riscos para a gestante.

No que tange ao parto, a maioria foi cesárea, apresentando o número de 27.030, o que corresponde a 71,3% dos partos no período analisado (Tabela 14).

Tabela 14 - Tipo de partos realizados pelas parturientes na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018, que resultaram em nascidos vivos

Tipo de Parto	Frequência N: 37904	Porcentagem %
Vaginal	10831	28,6
Cesárea	27030	71,3
Sem informação	43	0,1

Total	37904	100,0
-------	-------	-------

Fonte: Autoria própria.

Observando os dados ressaltados na tabela acima, pode-se compreender que no período analisado 71,3% das mulheres realizaram cesárea, quanto que 28,6% foi parto normal. No caso da cesárea, o procedimento atualmente passou a ser realizado mediante alguns quadros apresentados pelas mulheres, como também pela criança. De acordo com Oliveira *et. al.* (2018), observando os aspectos físicos e psicológicos das mulheres, aconselha-se que a prática da cesárea seja consolidada somente quando ocorrer risco para uma das partes do campo gestacional.

4.4 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS MATERNAS E CLASSIFICAÇÃO DE PESO DORÉCEM NASCIDO A TERMO DA REGIÃO DE SAÚDE SUL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2014 A 2018

Após a realização da análise univariada, aplicação do Teste Qui-Quadrado e do Resíduo do Qui-Quadrado, verificou-se fatores maternos e do período gravídico associado com o baixo peso ao nascimento de recém-nascidos a termo da Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018. Associou-se faixa etária, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, número de consultas de pré-natal, gemelaridade, tipo de parto e local de nascimento, conforme pode ser observado na tabela 15.

Tabela 15 - Características maternas e do período gravídico com a classificação de peso do recém-nascido a termo Na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, no período de 2014 a 2018

Variáveis	Classificação do peso					p
	n = 37.904					
	n %	Baixo peso	Peso ideal	Acima do peso	n %	
		n %	n %	n %		
	37.904 100	1.291 3,4	34.136 90,1	2.477 6,5		
Faixa etária						
< 19 anos	6.159 16,2	256 19,8 ²	5.636 16,5 ²	267 10,8	0,001 ¹	
20 – 35 anos	27.960 73,8	894 69,2	25.151 73,7	1.915 77,3 ²		
> 35 anos	3.785 10	141 10,9	3.349 9,8	295 11,9 ²		
Raça/cor						
Branca	13.729 36,5	372 29	12.571 37,2 ²	786 32,1	0,001 ¹	
Preta	2.063 5,5	69 5,4	1.856 5,5	138 5,6		
Parda	41 0,1	0 0,0	39 0,1	2 0,1		
Amarela	21.715 57,8	841 65,6 ²	19.350 57,2	1.524 62,2 ²		
Indígena	17 0,0	0 0,0	17 0,1	0 0,0		
Situação conjugal						
Solteira	8.276 21,8	418 32,4 ²	7.401 21,7	457 18,4	0,001 ¹	
Casada	17.960 47,4	533 41,3	16.262 47,6 ²	1.165 47		
Viúva	80 0,2	6 0,5 ²	66 0,2	8 0,3		
Divorciada	483 1,3	19 1,5	434 1,3	30 1,2		
União Estável	10570 27,9	304 23,5	9483 27,8	783 31,6 ²		
Ignorado	535 1,4	11 0,9	490 1,4	34 1,4		
Escolaridade						
Nenhum	122 0,3	7 0,5	108 0,3	7 0,3	0,001 ¹	
1 a 3 anos	703 1,9	35 2,7 ²	620 1,8	48 1,9		
4 a 7 anos	7.436 19,6	294 22,8 ²	6.644 19,5	498 20,1		
8 a 11 anos	22.997 60,7	763 59,1	20.649 60,6	1.585 64,1 ²		
12 ou mais	6.419 17	182 14,1	5.918 17,4 ¹	319 12,9		
Ignorado	180 0,5	9 0,7	156 0,5	15 0,6		
Número de consultas						
< 6	37.729 99,5	1.276 98,8	33.985 99,6	2.468 99,6	0,001 ¹	
> ou igual 6	175 0,5	15 1,2 ²	151 0,4	9 0,4		
Gemelaridade						
Única	37.473 98,9	1.138 88,3	33.859 99,3 ²	2.476 100 ²	0,001 ¹	
Dupla	397 1	148 11,5 ²	249 0,7	0 0,0		
Tripla	3 0,0	3 0,2 ²	0 0,0	0 0,0		
Tipo de parto						
Vaginal	10.831 28,6	465 36 ²	9.885 29,0 ²	481 19,4	0,001 ¹	
Cesárea	27.030 71,4	825 64	24.212 71	1.993 80,6 ²		
Local do nascimento						
Hospital	37.812 99,8	1.283 99,4	34.053 99,8	2.476 100 ²	0,0017 ¹	
Outros estabelecimentos	33 0,1	1 0,1	31 0,1	1 0,0		
Domicílio	21 0,1	2 0,2	19 0,1	0 0,0		
Outros	36 0,1	5 0,4 ²	31 0,1	0 0,0		
Ignorado	2 0,0	0 0,0	2 0,0	0 0,0		

¹ Teste Qui-Quadrado

² Resíduo ajustado do Qui-Quadrado com valores iguais ou superiores a 1,96

No presente estudo dados mostram significância estatística entre as adolescentes deram luz a bebês de baixo peso (19,8%), o que corrobora achados do estudo desenvolvido por Belfort *et al* (2018), que mostra maior frequência de neonatos com baixo peso ao nascer em mães de idade inferior a 16 anos. A autora sugere que haja maior estímulo por parte dos profissionais de saúde que atendem estas mulheres, especialmente em relação ao aspecto nutricional, como também, a realização de exames e cuidados gerais necessários no período gestacional.

No tocante a associação raça/cor da mãe e classificação do peso, pode-se observar 57,8% de mulheres da raça amarela, que se refere aos descendentes de japoneses, chineses, taiwaneses, coreanos e outros grupos cujas famílias saíram do Leste Asiático para o Brasil, entretanto, este resultado é incoerente com perfil demográfico do sul capixaba, o que demonstra possível erro na codificação. Pacheco *et al.* (2018) ressalta que a raça/cor e a etnia têm sido utilizadas em estudos para medir diferenças sociais, tratamentos e desfechos em saúde. A autora entende que sejam intensificados estudos que abordem a questão racial na área da saúde no Brasil, para oferecer subsídios aos profissionais, gestores e à população em geral, a fim de que a assistência à saúde seja mais equânime.

Belfort *et al.* (2018), classifica como fatores determinantes do baixo peso os sociodemográficos, dentre os quais consta a situação matrimonial. Com base em suas teorias, compreendeu-se que gestantes solteiras e viúvas não recebem tanto apoio e incentivo quanto a realização de um pré-natal adequado, o que pode resultar na falta de um melhor acompanhamento em todo o período gravídico. Os resultados do presente estudo coincidem com esses achados, pois, se apresentam estatisticamente significantes em mulheres solteiras (32,4%) e viúvas (0,5%).

Quanto à escolaridade, 2,7% das entrevistadas tinham entre 1 e 3 anos de tempo escolar e 22,8% entre 4 e 7 anos. Nascimento *et al* (2022) , analisando adolescente, mostra frequência considerável de baixa escolaridade ter relação ao grau de instrução recebido por essas gestantes que muitas vezes não se sentem confortáveis em compartilhar com a família e profissionais de saúde a situação que se encontram.

É inegável a importância de informar essa população sobre os cuidados para com a própria saúde e a do bebê, e para isso, têm-se como ferramenta da saúde a assistência pré-natal que para ser considerado um acompanhamento de qualidade determinou-se a realização de, no mínimo, 6 consultas completas (BRASIL, 2000a).

O presente estudo classificou o número de atendimentos em inferior a 6 e superior a 6, este último, portanto, apresentou valor de p significativo de 1,2% na classificação de baixo peso. Observa-se, todavia, que a extensa maioria das gestantes se encontram na primeira categoria com 98,8% dos casos, o que pode ter afetado os resultados. A este respeito, Marques et al. (2020) observa que quando há pouco contato da gestante com médicos e enfermeiros, aumentam as lacunas em relação às orientações que são ofertadas por estes profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal.

Outro ponto relevante nesta discussão é a quantidade de embriões em uma única gestação, encontrou-se maior ocorrência de bebês de baixo peso nos casos de gemelaridade dupla (11,5%) e tripla (0,2%). Acerca desses aspectos, Moreira, Sousa e Sarno (2018, p. 5) evidenciam que o baixo peso tem sido associado a gemelaridade em decorrência de suas particularidades, onde muitas vezes o parto precisa ser antecipado e os bebês nascem prematuros, embora também possa acontecer em diferentes idades gestacionais.

Ainda sobre aspectos do parto, observou-se significância para bebês com baixo peso no parto vaginal com 36% dos casos. Este resultado difere do que era esperado, pois de acordo com Moreira et al (2018) o parto cesária é associado ao baixo peso ao nascer.

Os dados evidenciados ao longo da tabela consolidam os principais locais nos quais foram realizados os partos do período analisado consolidando que 99,8% das mulheres buscam o atendimento hospitalar para realizar o parto. Desta feita, vale destacar que o ambiente hospitalar se tornou o principal meio pelos quais as mulheres realizam o parto e todos os processos de assistência pré-natal. Para Belfort et. al (2018), essa medida pode ser algo fundamental para conceder aos recém-nascidos uma maior assistência médica, assim como compreender o quadro clínico apresentado pelos pequenos pacientes. Contrapondo este achado, resultados encontrados se mostraram estatisticamente significantes para os partos realizados em outros locais (0,4%), contudo, percebeu-se um baixo índice de partos realizados fora do ambiente hospitalar.

Por tudo isto já mencionado, é importante entender o quanto fatores maternos e do período gravídico podem influenciar ao nascimento de bebês com baixo peso. Oliveira et al. (2018) explica em seu estudo que o peso ao nascer é um dos principais fatores determinantes da sobrevivência no primeiro ano de vida da criança,

ressaltando que as condições extremas podem ter relação com o risco de complicações, contribuindo para o aumento da morbimortalidade neonatal e infantil.

Concordando com Moreira, Sousa e Sarno (2018), que identificaram diversas variáveis associadas ao baixo peso ao nascer, a saber: a idade e a escolaridade da mãe, o número de consultas de pré-natal, e a duração da gestação, a presente pesquisa verificou-se que existiu associação entre baixo peso e idade da mãe(19,8%), baixa escolaridade (1 a 3 anos – 2,7% e 4 a 7 anos – 22,8%), consultas de pré-natal maior ou igual a 6 (1,2%) e gemelaridade (dupla – 11,5% e tripla 0,2%) que afeta a duração da gestação em virtude de suas particularidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do aporte teórico, foi possível elucidar os desafios enfrentados pelas mulheres no âmbito da saúde, no Brasil. Percebe-se que a luta das mulheres paraserem reconhecidas como sujeitos que demandam ações específicas de saúde percorreu um longo caminho até chegar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004. Devido ao papel empenhado a mulher no âmbito exclusivamente familiar, ora no apoio ao marido e ora na criação dos filhos, esta era vista e intencionada ao planejamento das ações de saúde ligada exclusivamente a saúde frente a gravidez e/ou parto, como visto até a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, quando se rompeu com o termo “materno-infantil” e criou-se dentro do Ministério da Saúde a “área técnica de saúde da mulher”.

Este programa foi uma resposta frente as mudanças sociais em relação a mulher, que saiu para o mercado de trabalho, que conquistou direitos como o sufrágio feminino, e a luta de vários grupos sociais, como por exemplo, feministas e grupos ligados a raça/cor. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, foi uma resposta a demanda da área da saúde por transformações, ações e políticas aptas a proporcionar a melhoria das condições de saúde das mulheres em todos os ciclos de vida, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, prevenção, entre outros. Entretanto, embora esse programa tenha representado um avanço significativo e histórico, não contemplava muitos direitos relacionados à saúde da mulher, concentrando-se ainda no campo da saúde reprodutiva, posicionamento na visão de saúde materna.

Evidentemente, vários avanços alcançados no âmbito da saúde da mulher foram relacionados com a gestação e parto, como por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no ano 2000, que visava assegurar e proteger a saúde da mulher durante o período gestacional, no momento do parto e no puerpério. Ressalta-se que esse programa e as portarias posteriores, como por exemplo a que regulamenta a Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso (nº693/2000), objetivavam ações para a gestante visando diminuir o risco do recém-nascido.

Assim, afim de reconhecer a mulher em seu papel como sujeito e contemplar o conceito contemporâneo de saúde e seu caráter multifatorial, em 2004, foi promulgada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Posteriormente, observa-

se avanços que a partir da saúde da mulher compreendem o neonato, como por exemplo a Rede Cegonha, que possui ações desde o planejamento familiar que antecede a gestação até a criança, contemplando o nascimento seguro, o crescimento e o desenvolvimento saudável, objetivando reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Em suma, as políticas e os programas de atenção à saúde integral da mulher resultaram e contemplaram a saúde da criança, que está diretamente relacionada com a saúde da mãe no momento da gestação, do parto e do puerpério.

Paralelamente as ações de âmbito nacional, no estado do Espírito Santo, o Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Espírito Santo, do ano de 2014, igualmente vê o direito à saúde da mulher, em todas as fases de sua vida, relevante para a saúde dos recém-nascidos, e conseqüentemente, a redução da mortalidade neonatal.

Frente a essa relação entre a saúde da mulher e a saúde dos recém-nascidos, esta pesquisa objetivou verificar associação do perfil sociodemográfico materno, condições da gestação e do parto com a ocorrência do baixo peso de nascidos vivos a termo, no período de 2014 a 2018 na Região de Saúde Sul no Estado do Espírito Santo, e discutir esses resultados à luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Considerando os dados analisados, verificou-se associação do baixo peso ao nascer com os dados maternos: nível de escolaridade, situação conjugal, número de gestações, tipo de gestação, via de parto, número de consultas do pré natal e idade. Estes foram concordante aos principais estudos referentes ao tema baixo peso ao nascer e características maternas, que versam que fatores como idade gestacional, via de parto e acompanhamento pré-natal podem influenciar na taxa de baixo pesos entre recém-nascidos, como também, não fatores sociodemográficos maternos como idade, estado civil e escolaridade. Cabe ainda ressaltar, que o sexo do bebê, característica referente ao neonato, também teve relação com o baixo peso ao nascer.

As parturientes do período de 2014 a 2018, caracterizaram-se em sua maioria como casadas ou em união estável (75,27%), raça/cor amarela/parda (57,4%), na faixa etária dos 20 a 35 anos (73,8%), com oito a onze anos de estudos concluídos (60,67%), em sua primeira gestação (98,9%), que não completaram o recomendado de consultas de pré natal (99,5%) e tiveram o parto por cesariana (71,3%) realizados após a 38ª semana gestacional (90,8%), em ambiente hospitalar (99,76%). Já os

neonatos caracterizaram-se por serem do sexo masculino (51,8%), sendo 3,4% de baixo peso, alvo dessa pesquisa, com APGAR superior a 7 (99,4%) e baixo índice de anomalias (0,6%).

A partir dos resultados dos dados obtidos, verificou-se que as parturientes com menos anos 1 a 7 anos de estudo durante a vida foi de 28,22%, tiveram chances maiores de terem filhos com baixo peso ao nascer. Essa associação elucida questões, já relatadas na literatura como a multifatorialidade dos condicionantes de saúde, e a importância do acesso a informação e educação como um fator importante para fatores de risco. Embora haja um aumento expressivo na escolarização feminina no Brasil, no ensino médio, por exemplo, houve aumento da frequência escolar feminina de 9,8% em relação à masculina no ano de 2021, sabe-se que as mulheres enfrentaram muitos anos de exclusão do sistema educacional.

A ocorrência da primeira gestação gemelar, idade menor de 19 anos e ausência companheiros foram associados também com o baixo peso do neonato ao nascer. Compartilhar uma vida com alguém aumenta o capital social do indivíduo e estudos mostram que isso pode influenciar na saúde dos indivíduos. Neste estudo verificou-se que mulheres que não tinham companheiro, solteiras e viúvas e, tiveram maior chance de ter neonatos com baixo peso. Deve-se considerar que nesses casos a mesma experimenta uma vivência solitária durante toda gestação, às vezes sem rede de apoio, sendo que essa rede promove o senso de confiança, a reciprocidade, as redes sociais e o associativismo, capazes de aumentar a qualidade de vida da mulher e impactar em sua saúde.

O pré-natal incompleto, com menos de seis consultas, não se mostrou um fator para a incidência de baixo peso ao nascer, contrariando os achados na literatura. Isso pode estar relacionado pela menor prevalência de casos de baixo peso ao nascer, quando este está a termo. Ressalta-se que o pré-natal é imprescindível para a prevenção e identificação de agravos maternos durante a gestação. Ademais, esta é uma oportunidade também de se trabalhar com educação em saúde, visto que o acesso a informação se demonstra eficiente na qualidade de vida da mulher impactando na saúde do recém-nascido. E, há também a possibilidade de se propiciar uma rede de apoio para a parturiente, através de grupos de gestantes, melhorando sua rede de apoio, capital social, e consequentemente, melhorando a qualidade de vida das mulheres.

Os resultados desta pesquisa devem ser avaliados com cautela devido as

particularidades envolvidas na saúde da mulher, como sujeito que demanda atendimento integral, e as limitações do estudo.

Essas limitações versam principalmente sobre o incorreto preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Alguns problemas neste preenchimento foram evidenciados, como por exemplo, ausência da idade gestacional, número de registros (caixas) em branco ou ignorados, dificuldade na determinação da raça e estado civil. Esse fato deve-se a coleta deste estudo estar vinculada à utilização de uma base de dados secundária, onde já estavam definidas as variáveis do estudo e suas formas de categorização. Ademais, pode-se estimar que a possibilidade de preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos por qualquer indivíduo da equipe de saúde, sem o treinamento adequado, poderá resultar em dados ausentes ou errôneos. Como consequência, faltarão base para o planejamento de políticas e ações de saúde, bem como pesquisas epidemiológicas refletindo a realidade da população feminina gestante/parturiente.

Frente aos resultados, e percebendo as limitações deste estudo, propõem-se para pesquisas futuras a realização de uma pesquisa qualitativa ampliando-se as variáveis que não constam na Declaração dos Nascidos Vivos e que podem influenciar o baixo peso ao nascer, entendendo o caráter multifatorial da saúde e da qualidade de vida. Ademais, reforça-se a necessidade de levantamentos epidemiológicos que resultem em evidências científicas que embasem o planejamento de políticas públicas de saúde e/ou planejamento de ações em saúde, de forma integral e entendendo a mulher como um sujeito para além dos aspectos reprodutivos e familiares.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. M. et al. Causas associadas ao baixo peso ao nascer: uma revisão integrativa. **Revista Uningá**, v. 56, n. S6, p. 85-102, 2019. Disponível em: <<http://34.233.57.254/index.php/uninga/article/view/2989/2086>> Acesso em: 01 ago. 2021

ARAÚJO, B. F. et al. Influência do local de nascimento e do transporte sobre a morbimortalidade de recém-nascidos prematuros. **Jornal de Pediatria**, v. 87, p. 257-262, 2011.

BELFORT, G. P et al. Determinantes do baixo peso ao nascer em filhos de adolescentes: uma análise hierarquizada. **Ciência e Saúde Coletiva**, v, 23, n. 8, p. 2609-2620, 2018.

BRASIL. **Lei Complementar n. 830, de 05 de julho de 2016**. Cria a Secretariade Estado de Direitos Humanos – SEDH e dá outras providências. Disponível em: <<https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/lec8302016.html>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm >. Acesso em: 22 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde: Nascidos Vivos – Espírito Santo**. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nves.def>> Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL Ministério da Saúde. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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**. Brasília. 2004. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf >. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Brasília. 2018. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/> >. Acesso em: 22 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Republicada por ter saído com incorreção do original, no DOU n.º 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, p. 4, 5 e 6.

BRASIL. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html >. Acesso em: 17 jun. 2022.

BURIOL, Viviane Costa de Souza. **Evolução temporal de fatores determinantes de saúde materno-infantil relacionados ao baixo peso ao nascer no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2014.

CAMINHA, M. F. *et al.* Baixo peso ao nascer em um aglomerado urbano subnormal assistido pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 19, n. 4, p. 1053-1059 out-dez., 2019.

CARNIEL, E. F. *et al.* A "Declaração de Nascido Vivo" como orientadora de ações de saúde em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 165-74, abr./jun. 2003.

CESAR, J. A. *et al.* Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n. 5, p. 985-994, 2011.

CLUZENI, V. T. *et al.* **Fatores sociodemográficos, comportamentais, características obstétricas e de assistência à saúde associadas com baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle**. 2021. Disponível em: <<http://131.255.84.103/handle/tede/5392> >. Acesso em: 21 jul. 2021.

COELHO, L. M. BAPTISTA, M. A História da Inserção Política da Mulher no Brasil: uma Trajetória do Espaço Privado ao Público. **Psicologia Política**, 2009. v. 9,n. 17, p. 85-99.

CURRIE, J.; MORETTI, E. Mother's education and the intergeneration altransmission of human capital: evidence from college openings. **Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 118, p. 1495–1532, 2003.

DEFILIPO, Érica Cesário et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascer: estudo caso-controle em cidade de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA ,M. A. P .Gravidez na Adolescência :Um olhar sobreum fenômeno complexo. **Paideia** ,Ribeirão Preto ,v.20,n.45,p.123- 131,2020.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. IJSN. Instituto Jones dos Santos Neves. **Investimentos previstos para as microrregiões do sul do Espírito Santo - 2009-2014**. Vitória, ES, 2010. 44 p.

_____. SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Plano Diretor de Regionalização. Resolução N° 153**. 2019. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20153%202020%20-%20PDR%202020.docx> > [Acesso em 21 jul. 2021](#)

FERRER, I. L. et al. Escore de Apgar e indicação de cesárea por sofrimento fetal em um hospital público do Distrito Federal. **Femina**, v. 50, n. 5, p. 290-295, 2022.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revistabrasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017.v

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados**, 2010. Disponível em: <[Espírito Santo | Cidades e Estados | IBGE](#)>. Acesso em: 16 jun. 2021.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa para 2020**. Disponível em: <[Espírito Santo | Cidades e Estados | IBGE](#)>. Acesso em: 16 jun. 2021.

LOPES, M. C. L. et al. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 8. Ed. São Paulo:Atlas, 2017.

MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2020.

MOREIRA, A. L. M.; SOUSA, P. R. M. de; SARNO, F. Baixo peso ao nascer e seus fatores associados. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 4, 1-6, 2018.

NASCIMENTO, R. C.; BARBOSA, M. C. R.; CORRÊA, M. M. Baixo-peso ao

nascer: estudo de fatores associados em um hospital terciário da grande Vitória, ES, Brasil. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1-18, 2019.

OLIVEIRA, A. C. M. *et al.* Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2373-2382, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnGRvFfqjcmWhKvDB5f86sm/abstract/?lang=pt>
>. Acesso em: 10 jul. 21

PEREIRA, A. P. E. *et al.* Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl 1, p. S59-S70, 2014.

ROCHA, R.L, MADEIRA, A.M.F. O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Rev Min Enferm.** 2020.

SANTOS, D. *et al.* Incompletudes e incorreções nas Declarações de Nascidos Vivos em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/nY5TYHCdnYb4KM4FtZfSBnv/?lang=pt>
>. Acesso em: 22 jul. 2021.

SCHARDOSIM, J. M. *et al.* Parâmetros utilizados na avaliação do bem estar do bebê no nascimento. **Avances Enfermería**, Bogotá, v. 36, n. 2, p. 197-208, 2018.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SOARES, P. D.; ZOTZ, T. G. F. G; MOTTER, A. A. Perfil sociodemográfico de recém-nascidos prematuros internados em um hospital público. **Mundo da Saúde**, v. 45, p. 356-368, 2021.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The state of the world's children 2019**: children, food and nutrition. New York: 2019.

VILANOVA, C. A. *et al.* The relationship between the different low birth weight strata of newborns with infant mortality and the influence of the main health determinants in the extreme south of Brazil. **Population Health Metrics**, London, v. 17, n. 15, 2019.

VITÓRIA. Prefeitura de Vitória. Portal do Observatório de Indicadores da Cidade de Vitória. Disponível em: <https://observavix.vitoria.es.gov.br/objetivo/2/indicador/81>
>. Acesso em: 23 fev. 2022.

ANEXOS I - Parecer do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESFECHO FETAL: UMA ANÁLISE DA VIA DE PARTO E DO NÚMERO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

Pesquisador: JANINE PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03975318.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.075.080

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional, analítico, retrospectivo e transversal, com base na coleta de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil, obtidos a partir da DN de todos os nascidos vivos do estado, incluindo hospitais públicos ou privados, nos últimos cinco anos. Os autores pretendem investigar o desfecho neonatal em função das condições de pré-natal e via de parto, em todos os nascidos vivos dos últimos 5 anos no ES exceto aqueles em que os dados eletrônicos estiverem incompletos. Serão utilizados dados disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) onde há registros de 273.802 partos no ES, entre o período de 2012 a 2016 (últimos cinco anos registrados no DATASUS), sendo este o número estimado da amostra para o estudo. A pesquisa servirá de tema para dissertação de mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a associação entre a via de parto e o número de consultas do pré-natal e desfechos perinatais desfavoráveis em recém-nascidos no Espírito Santo, ES, Brasil.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mães e recém-nascidos no ES.
- Analisar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e desfechos perinatais.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luíza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.075.080

desfavoráveis em recém-nascidos no ES.

c) Avaliar a associação entre a via de parto e o número de consultas do pré-natal e desfechos perinatais desfavoráveis em recém-nascidos no ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa implica em risco mínimo que será atenuado pela manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, atendendo, impreterivelmente, ao disposto na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Benefícios: Não são previstos benefícios individuais relacionados ao presente estudo. Contudo, em termos coletivos, e em uma perspectiva futura, pode repercutir na melhora da assistência pré-natal e ao parto, além de um impacto importante dos resultados no planejamento da saúde materno infantil no estado ES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível do ponto de vista metodológico, de interesse para a comunidade científica e de grande relevância no âmbito das políticas públicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: solicita dispensa

Justificativa: Os autores solicitam dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido ao desenho do estudo, ao tamanho estimado da amostra ($n=273.802$) e, principalmente, pela impossibilidade de contato com os participantes da pesquisa. Ratifica-se, ainda, a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

FOLHA DE ROSTO assinada por Dr. Flavio Takemi Kataoca

CARTA DE ANUÊNCIA assinada por Ingrid Frederico Barreto – SESA – ES

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.075.080

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

vide recomendações

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1262678.pdf	03/12/2018 20:46:28		Aceito
Folha de Rosto	folharostopaulaluaracorreta.pdf	03/12/2018 20:32:22	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	cartaanuenciapaulaluar.pdf	29/11/2018 16:01:58	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadopaulaluar.pdf	29/11/2018 16:01:06	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luíza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.075.080

VITÓRIA, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br