Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil dos parturientes e neonatos em Mogi Guaçu (SP), Brasil: indicadores para gestão da saúde materno-infantil

Profile of Parturients and Newborns in Mogi Guaçu (SP), Brazil: Indicators for maternal and child health management

Perfil de las parturientas y neonatos en Mogi Guaçu (SP), Brasil: indicadores para la gestión de la salud materno-infantil

Lumena Cristina de Assunção Cortez[1], Lisie Alende Prates[2], Lia Maristela da Silva Jacob[1], Ellen Thallita Hill Araújo[3].

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil de parturientes e neonatos em Mogi Guaçu (SP), visando subsidiar a gestão da saúde da mulher. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório e retrospectivo com dados do SINASC/DATASUS referentes aos nascimentos de residentes no município em 2023. Analisaram-se variáveis sociodemográficas, assistenciais e clínicas materno-infantis. **Resultados:** Registraram-se 1.751 nascidos vivos. A idade média materna foi de 28,4 anos, com predominância de brancas (68,9%), escolaridade de 8 a 11 anos (72,5%) e gestações únicas (97%). Observou-se alta cobertura pré-natal (84,6% - adequado/mais que adequado), porém elevada taxa de cesarianas (74,0%). Quanto aos neonatos, 85,0% foram a termo e 85,7% com peso adequado. A prematuridade atingiu 13,5% e a vitalidade ao nascer foi satisfatória (APGAR 8-10 em 97,5% no 5º minuto). A taxa de mortalidade infantil foi de 10,85. **Conclusão:** O perfil revelou ampla cobertura assistencial e bons indicadores de vitalidade neonatal, contrastando com o alto índice de partos cirúrgicos. Os resultados reforçam a importância dos sistemas de informação para o planejamento de ações direcionadas e a melhoria da saúde materno-infantil local.

Palavras-chave: Gestantes, Assistência integral à saúde, Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile of parturients and newborns in Mogi Guaçu (SP), Brazil, to support women's health management through sociodemographic and healthcare indicators. **Methods:** A descriptive, exploratory, and retrospective study was conducted using quantitative data from SINASC/DATASUS regarding births of residents in the municipality in 2023. Sociodemographic, healthcare, and clinical maternal-infant variables were analyzed. **Results:** There were 1,751 live births registered. The mean maternal age was 28.4 years, with a predominance of white women (68.9%), 8 to 11 years of schooling (72.5%), and singleton pregnancies (97%). High prenatal coverage was observed (84.6% adequate/more than adequate), yet a high cesarean section rate was identified (74.0%). Regarding newborns, 85.0% were full-term and 85.7% had

[1] Faculdade Municipal Professor Franco Montoro (FMPFMP), Mogi Guaçu – SP.
[2] Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana – RS.
[3] Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro – RJ.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 6/2026**

adequate birth weight. Prematurity reached 13.5%, and vitality at birth was satisfactory (5th-minute APGAR 8-10 in 97.5%). The infant mortality rate was 10.85. **Conclusion:** The profile revealed broad healthcare coverage and favorable neonatal vitality indicators, contrasting with the high rate of surgical deliveries. These findings reinforce the importance of health information systems for planning targeted actions and improving local maternal-infant health.

Keywords: Pregnant people, Comprehensive health care, Prenatal care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil de las parturientas y neonatos en Mogi Guaçu (SP), Brasil, para subsidiar la gestión de la salud de la mujer mediante indicadores sociodemográficos y asistenciales. **Métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio y retrospectivo con datos del SINASC/DATASUS sobre los nacimientos de residentes en el municipio en 2023. Se analizaron variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas materno-infantiles. **Resultados:** Se registraron 1.751 nacidos vivos. La edad media materna fue de 28,4 años, con predominio de raza blanca (68,9%), escolaridad de 8 a 11 años (72,5%) y embarazos únicos (97%). Se observó una alta cobertura prenatal (84,6% adecuada/más que adecuada), aunque una elevada tasa de cesáreas (74,0%). En cuanto a los neonatos, el 85,0% fueron a término y el 85,7% con peso adecuado. La prematuridad alcanzó el 13,5% y la vitalidad al nacer fue satisfactoria (APGAR 8-10 en el 97,5% al 5º minuto). La tasa de mortalidad infantil fue de 10,85. **Conclusión:** El perfil reveló una amplia cobertura asistencial y buenos indicadores de vitalidad neonatal, contrastando con el alto índice de partos quirúrgicos. Los resultados refuerzan la importancia de los sistemas de información en salud para la planificación de acciones dirigidas y la mejora de la salud materno-infantil local.

Palabras clave: Personas embarazadas, Atención integral de salud, Atención prenatal.

INTRODUÇÃO

A saúde materna é influenciada por determinantes biológicos, culturais, comportamentais, econômicos, ambientais, clínicos e pela organização dos serviços de atenção à gestação, nascimento e puerpério. A temática de importância global faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável adotado pelas Nações Unidas, como parte de uma ação global que preconiza a garantia de uma vida saudável e a promoção do bem-estar para todos, nos diferentes ciclos de vida, delineando diretrizes para a redução das iniquidades sanitárias, igualdade de gênero, entre outros (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

A proposta enfatiza a saúde materno-infantil por meio de metas como a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e o fim das mortes evitáveis de neonatos e crianças menores de cinco anos até 2030 (NAÇÕES UNIDAS, 2015). Além disso, reforça a necessidade de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e a cobertura universal de saúde, incluindo o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, consolidando uma abordagem que visa não apenas combater epidemias e doenças transmissíveis, mas também fortalecer os sistemas de saúde para que ninguém seja deixado para trás (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, fundamenta-se em uma perspectiva integral e intersetorial do cuidado, de modo que considera as especificidades das mulheres em seus diversos contextos de vida (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a atenção à saúde da mulher está nos diferentes níveis de atenção com especial ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) que assume papel central e estratégico na coordenação do cuidado, promoção da saúde, prevenção de agravos e garantia de um pré-natal de qualidade (BRASIL, 2011). Este, por sua vez, constitui um conjunto de ações de atenção integral à saúde da gestante e do feto, que deve ser iniciado o mais precocemente possível e desenvolvido de forma contínua durante toda a gestação, estruturado com, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo ideal que a primeira ocorra até a 12ª semana de gestação (BRASIL, 2006).

Durante o acompanhamento multiprofissional do pré-natal devem ser oportunizados exames clínicos e laboratoriais, atualização da situação vacinal, orientações sobre alimentação, sinais de risco e direitos da gestante (BRASIL, 2006). Posteriormente, em 2011, instituiu-se a Rede Cegonha, uma rede de atenção que garante às mulheres o direito à atenção integral à saúde sexual, reprodutiva, ao planejamento familiar, ao cuidado pré-natal, ao parto humanizado e ao puerpério, bem como assegura à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Nesse cenário, ao promover o acesso oportuno, o vínculo entre profissionais e usuárias e o cuidado contínuo e humanizado, a APS se consolida como eixo estratégico para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil e para a melhoria dos desfechos obstétricos no Brasil (BRASIL, 2011).

Já em 2024, a instituição da Rede Alyne representou uma atualização estratégica das diretrizes voltadas ao cuidado materno-infantil com o objetivo central de assegurar a atenção integral à saúde da mulher e da criança. A proposta busca reduzir a morbimortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, priorizando a equidade no atendimento para mitigar disparidades étnico-raciais que afetam desproporcionalmente as populações negra e indígena (BRASIL, 2024). Para tanto, estrutura-se em componentes integrados (desde o pré-natal, parto e nascimento até o puerpério e o acompanhamento do desenvolvimento infantil) sustentados por sistemas logísticos e de governança que visam garantir o acesso contínuo, humanizado e baseado em evidências científicas (BRASIL, 2024).

Para uma compreensão das condições de vida, planejamento de ações em saúde e identificação das necessidades de saúde materno-infantil, o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), alimentado pela Declaração de Nascido Vivo, o SISPRENATAL, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre outros. Nesse sentido, Leal MC et al. (2018) os avanços na saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nas últimas décadas estão intrinsecamente associados ao uso dessas informações e à consolidação do SUS como um sistema universal e equitativo (LEAL MC et al., 2018).

Nesse contexto, convém salientar que apesar da disponibilidade de dados nacionais, há escassez de estudos locais detalhando o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das parturientes e neonatos. Tal perfil possibilita o aperfeiçoamento de ações de planejamento, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde materno-infantil, bem como um maior direcionamento ao cuidado humanizado e a redução de desigualdades em saúde no âmbito local e regional, sobretudo no contexto estudado em que o município é referência no atendimento de saúde da mulher às cidades circunvizinhas, como Mogi Mirim, Espírito Santo do Pinhal, Itapira e Estiva Gerbi.

Com isso, favorece-se a produção de evidências locais e a construção e o aprimoramento de indicadores de saúde da mulher e da criança, contribuindo para monitoramento das políticas públicas, bem como à alocação adequada de recursos e à qualificação contínua da atenção à saúde materno-infantil. Diante disso, o estudo tem como objetivo principal descrever e analisar o perfil sociodemográfico e clínico de parturientes e neonatos residentes em Mogi Guaçu (SP), Brasil, em 2023.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, de natureza quantitativa conduzida a partir de informações coletadas (dados secundários) no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis relacionadas à parturiente e ao nascimento foram: local de ocorrência do nascimento; idade; cor/raça; estado civil; nível de instrução (anos); duração da gestação; vias de nascimento; tipo de gravidez; acompanhamento pré-natal. Sobre esta última variável, convém mencionar que o DATASUS considera “adequado número de consultas pré-natal” aquele iniciado no primeiro trimestre e com o mínimo de seis consultas de pré-natal (s.d.).

As variáveis ligadas ao neonato foram: sexo; peso ao nascer; APGAR do 1’ minuto; APGAR do 5’ minuto. Segundo Brasil (2012a), este escore apresenta valores entre sete e dez no quinto minuto de vida, de modo que valores entre quatro e seis indicam uma condição intermediária, frequentemente associada a fatores

como prematuridade, uso de medicamentos maternos ou presença de malformações congênitas, mas não implicam, necessariamente, ao risco aumentado de comprometimento neurológico. Os escores entre zero e três no mesmo momento estão associados a maior risco de mortalidade e a um discreto incremento na probabilidade de paralisia cerebral (BRASIL, 2012a).

Além disso, calculou-se a Mortalidade Materna para o ano de 2023, a partir da divisão do número de óbitos de menores de um ano de idade dividido pelo número total de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por mil (BRASIL, s.d).

Nesse sentido, a amostra incluiu todas as parturientes residentes em Mogi Guaçu (SP) no ano de 2023 e que foram atendidas nos serviços públicos de saúde. A coleta de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2024. Os dados foram importados e dispostos em tabelas em documento de texto para posterior análise descritiva em frequência absoluta e relativa (%).

O referido município localiza-se na região metropolitana de Campinas (SP), distante 176Km da capital do estado, São Paulo, e em 2024 contava com uma população estimada de 159.735 habitantes (IBGE, 2024). O município conta com 14 Unidades de Saúde da Família, sete Unidades Básicas de Saúde, dois hospitais públicos, setor de Vigilância Epidemiológica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades Médicas, Serviço de Atendimento Domiciliar, entre outros (PREFEITURA DE MOGI GUAÇU, s.d, CNES, s.d).

Por se tratar de uma pesquisa realizada com dados secundários disponibilizados gratuitamente, de acesso público e sem identificação nominal, dispensou-se a submissão e apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa, segundo Ofício Circular nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados observou-se que em 2023 foram registrados 1.751 nascimentos em Mogi Guaçu (SP), Brasil. A idade média das parturientes foi de 28,4 anos (DP: 6,6), com maior concentração na faixa etária de 25 a 29 anos (28,1%), seguida das faixas de 20 a 24 anos (22,2%), e 30 a 34 anos (21,9%).

Como destacado na **Tabela 1**, no que diz respeito à raça/cor, a maioria das parturientes era branca (68,9%) ou parda (26,6%), sendo as pretas 4,5%. Em relação ao estado civil, observou-se uma distribuição equilibrada entre solteiras (45,9%) e casadas (45,6%), com menor proporção de uniões consensuais (2,3%) e outras categorias. O nível de instrução predominante foi de 8 a 11 anos de estudo (72,5%), seguido por escolaridade de 12 anos ou mais (2,4%), enquanto apenas 3,4% possuíam até sete anos de estudo (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das parturientes residentes em Mogi Guaçu, SP, em 2023, N= 1751.

Variáveis	N	%
Idade - anos		
10 a 14	04	0.2
15-19	136	7.8
20-24	389	22.2
25-29	**492**	**28.1**
30-34	383	21.9
35-39	269	15.4
40-44	76	4.3
45-49	02	0.1
Cor - raça		
Parda	465	26.5
Branca	**1207**	**68.9**
Preta	78	4.5
Ignorado	01	0.1
Estado civil		
Solteira	**804**	**45.9**
Casada	798	45.6
Viúva	11	0.6
Separada judicialmente	84	4.8
União consensual	40	2.3
Ignorado	04	0.2
Nível de instrução (anos)		
01 a 03	01	0.1
04 a 07	59	3.4
08 a 11	**1270**	**72.5**
12 e mais	421	24.0
Total	**1751**	

Fonte: Cortez LCA, et al., 2026; dados extraídos do DATASUS, 2024.

A maioria dos neonatos era do sexo masculino (49,6%) e oriundos de gestações únicas (97%), com gestação múltipla (gêmeos ou mais) representando apenas 3%. Quanto ao local de nascimento, 99,5% ocorreram em ambiente hospitalar, com raros casos em domicílio (0,3%) ou outros locais (0,1%).

No que se refere as vias de nascimento, observou-se uma predominância de cesarianas (74,0%) em relação aos nascimentos vaginais (26,0%). Em relação à adequação do acompanhamento pré-natal, 65,6% das gestantes realizaram um número de consultas consideradas "mais que adequadas", enquanto 19,0% tiveram pré-natal adequado. Outros 7,8% apresentaram acompanhamento classificado como intermediário e 3,1% como inadequado, sendo que apenas 0,3% não realizaram qualquer consulta (**Tabela 2**).

A maioria dos nascimentos ocorreu a termo, ou seja, entre 37 e 41 semanas de gestação, o que representou 85,0% do total de nascimentos registrados. Por outro lado, 13,5% das gestações ocorreram de forma prematura, sendo 11,9% entre 32 e 36 semanas, 0,6% entre 28 e 31 semanas, e 1,0% (n=17) entre 22 e 27 semanas (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Características do pré-natal e nascimento de neonatos em Mogi Guaçu, SP, em 2023, n = 1751.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	**882**	**50.4**
Masculino	869	49.6
Tipo de gravidez		
Única	**1699**	**97.0**
Dupla	49	2.8
Tripla e mais	03	0.2
Local de ocorrência		
Hospital	**1743**	**99.5**
Domicílio	06	0.3
Outro	02	0.2
Vias de parto		
Vaginal	455	26.0
Cesário	**1296**	**74.0**
Acompanhamento pré-natal*		
Não fez	05	0.3
Inadequado	136	7.8
Intermediário	55	3.1
Adequado	75	4.3
Mais que adequado	**1148**	**65.5**
Não classificado	332	19.0
Duração da gestação		
De 22 a 27semanas	17	1.0
De 28 a 31 semanas	10	0.6
De 32 a 36 semanas	209	12
De 37 a 41 semanas	**1489**	**85**
42 semanas ou mais	22	1.2
Ignorado	04	0.2
Total	**1751**	

Fonte: Cortez LCA, et al., 2026; dados extraídos do DATASUS, 2024.

Em 2023, foram computados 1.751 nascimentos de parturientes residentes em Mogi Guaçu (SP). No que se refere ao peso ao nascer, a maioria dos nascidos vivos (61,3%) apresentou peso entre 3.000 e 3.999g, seguido por 24,4% entre 2.500 e 2.999g, indicando que aproximadamente 85,7% nasceram com peso adequado. Os casos de baixo peso ao nascer, definidos como inferior a 2.500g, corresponderam a 10,8%, sendo mais comuns na faixa de 1.500 a 2.499g (9,1%). Já os pesos abaixo de 1.500g foram menos frequentes (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Características dos nascidos vivos de parturientes residentes em Mogi Guaçu, SP, em 2023, n = 1751.

Variáveis	n	%
Peso ao nascer		
Menos de 500g	04	0.2
500 a 999g	13	0.7
1000 a 1499g	14	0.8
1500 a 2499g	159	9.1
2500 a 2999 g	427	24.4
3000 a 3999 g	**1.073**	**61.3**
4000g e mais	61	3.5
APGAR 1º minuto		
0 a 2	18	1.0
3 a 5	56	3.2
6 a 7	114	6.5
8 a 10	**1.557**	**88.9**
Ignorado	06	0.3
APGAR 5º minuto		
0 a 2	05	0.3
3 a 5	07	0.4
6 a 7	25	1.4
8 a 10	**1.708**	**97.5**
Ignorado	06	0.3
Total	**1751**	

Fonte: Cortez LCA, et al., 2026; dados extraídos do DATASUS, 2024.

Quanto à vitalidade ao nascimento, medida pelo escore de APGAR observou-se que no 1º minuto de vida, 88,9% dos neonatos pontuaram entre 8 e 10, enquanto no 5º minuto, a proporção de escores entre 8 e 10 aumentou para 97,5%.

DISCUSSÃO

De modo geral, os dados referentes a 2023 mostram que, entre as parturientes residentes em Mogi Guaçu (SP), predominou o grupo etário de 25 a 34 anos, a autodeclaração como branca, o nível de escolaridade entre oito a 11 anos de estudo, indicando, de modo geral, boa escolarização entre as parturientes, e o estado civil solteira ou casada. Observou-se a maior frequência das gestações únicas, com adequado acompanhamento pré-natal, nascimento por via cesárea ocorrido no ambiente hospitalar.

A maioria dos nascimentos ocorreu a termo (85,0% do total dos nascimentos registrados). Apesar disso, a maioria dos partos prematuros se concentrou no grupo de prematuridade moderada a tardia (32 a 36 semanas) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023); 1,3% (n=22) das gestações ultrapassaram as 42 semanas, caracterizando-se como gestação pós-termo, e apenas 0,2% dos casos (n=4), a informação sobre a idade gestacional foi ignorada. O estudo de Alberton M, et al. (2023) indicou que a prevalência de prematuridade no Brasil foi de 11,1% no período de 2011 a 2021, com tendência estável ao longo dos anos. Com base nisso, a taxa de prematuridade de 13,5% observada em Mogi Guaçu (SP) em 2023 esteve acima da média nacional, sinalizando a necessidade de atenção especial às causas e fatores de risco associados ao contexto local.

O elevado número de dados classificados como “ignorados” evidencia a subnotificação e as limitações nos registros de informações em saúde, impactando diretamente a formulação de políticas públicas que dependem dessas informações para o planejamento de programas e projetos. Maia VKV, et al. (2017), ao analisarem o Sistema de Informação de Pré-natal em Vitória (ES) no período de 2013 a 2014, verificaram que, das 5.030 fichas clínicas avaliadas, a cobertura correspondia a aproximadamente 56% do número estimado de nascidos vivos. Apesar de o sistema permitir o acesso aos dados das gestantes por profissionais autorizados e dispor de um manual orientando o acompanhamento, o estudo identificou falhas relevantes, como a ausência de geração de relatórios e a presença de dados incompletos.

O estudo realizado por Santos LAV, et al. (2018) investigou a história gestacional e as características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais. Os resultados indicaram que, embora a maioria das adolescentes tenha realizado consultas de pré-natal, 79,2% delas foram atendidas em serviços públicos de saúde, em comparação com 60,4% das mulheres adultas. Além disso, observou-se que as adolescentes estavam em desvantagem em relação às características socioeconômicas e à assistência recebida no pré-natal, evidenciando desigualdades que poderiam impactar negativamente a saúde materna e neonatal.

Destacou-se a predominância de cesarianas (74,0%) em detrimento da via vaginal (26,0%), valor que supera expressivamente a referência de 10-15% considerada ideal pela Organização Mundial da Saúde (2015). A entidade enfatiza que, embora a cirurgia seja eficaz na redução da morbimortalidade materna e perinatal quando clinicamente justificada, taxas populacionais superiores a 10% não demonstram associação com a redução da mortalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Dessa forma, o procedimento deveria ser realizado apenas mediante indicações médicas precisas.

A escolha da via de nascimento no Brasil é influenciada por uma combinação de fatores clínicos e socioeconômicos, dos quais destacam-se a obesidade materna, cesarianas anteriores, complicações durante a gestação, apresentação fetal não cefálica e macrossomia fetal. Segundo Souza EL, et al. (2022), essas condições aumentam a probabilidade de realização de cesarianas, enquanto que a experiência da dor, previsibilidade do parto, vínculo materno com o neonato, tempo de internação hospitalar, retomada da vida sexual e retorno às atividades diárias influenciam a preferência pelo parto vaginal. Os autores também reiteram que fatores socioeconômicos como idade materna mais jovem, menor escolaridade, pertencimento à raça negra, residência em áreas rurais e localização nas regiões Norte e Nordeste do país estariam

associados a uma menor prevalência de cesarianas. De acordo com Mario DN, et al. (2019), a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelou que, embora 80,6% das gestantes tenham recebido um número adequado de consultas, esse percentual caiu para 71,4% quando considerados critérios adicionais de qualidade, como a realização de exames laboratoriais e procedimentos essenciais. Os achados demonstraram que mulheres de cor branca e aquelas atendidas na rede privada apresentaram maior prevalência de pré-natal adequado, enquanto as regiões Norte e Nordeste registraram os menores índices, indicando disparidades regionais e socioeconômicas no acesso a cuidados de qualidade. Nesse sentido, observou-se a necessidade de políticas públicas que não apenas ampliem o acesso, mas também garantam a efetividade e a equidade na atenção pré-natal em todo o país.

Já o estudo de Goudard MJF, et al. (2016) realizado em São Luís (MA) evidenciou que 60,2% das gestantes receberam assistência pré-natal inadequada, conforme os critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Com isso, demonstraram que mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis foram mais propensas a receber cuidados pré-natais de menor qualidade, refletindo desigualdades persistentes na assistência à saúde materna no Brasil. Nesse sentido, a inadequação esteve associada a fatores socioeconômicos, como pertencimento às classes econômicas C, D e E, baixa escolaridade, ocupações não qualificadas ou desemprego, ausência de religião, consumo de álcool durante a gestação e atendimento em serviços públicos de saúde.

A esse respeito, Entringer AP, et al. (2018) realizaram uma análise de custo-efetividade entre o parto vaginal espontâneo e a cesariana eletiva sem indicação clínica em gestantes de risco habitual no SUS. Segundo os autores, para mulheres primíparas o parto vaginal apresentou menor custo (R$ 1.709,58) e maior efetividade em três dos quatro desfechos clínicos avaliados (morbidade materna, internação em UTI neonatal e óbito neonatal), em comparação à cesariana (R$ 2.245,86). Já em multíparas com cesariana prévia, a repetição do procedimento foi custo-efetiva em alguns desfechos, como menor morbidade materna e menor necessidade de internação neonatal em unidade de terapia intensiva (UTI), embora os resultados não se mantiveram em análises de sensibilidade probabilística.

Ademais, a cesariana eletiva sem indicação clínica esteve associada a maiores riscos de complicações maternas e neonatais, incluindo transfusão sanguínea, histerectomia e internação neonatal em UTI (ENTRINGER AP et al., 2018). Nesse sentido, a recomendação do parto vaginal espontâneo apresentou-se como a via mais segura e custo-efetiva para gestantes de risco habitual no SUS. Convém mencionar os achados de Mascarello KC, et al. (2018) ao analisar as complicações maternas precoces e tardias associadas à via de parto. Os resultados indicaram que a via cesárea esteve associada a um risco significativamente maior de complicações precoces, como infecção pós-parto, infecção urinária, dor, cefaleia e complicações anestésicas, quando comparado ao parto vaginal. Os nascimentos por via cesariana, por sua vez, apresentaram menor risco de anemia e hemorroidas, ao passo que não foram encontradas associações significativas entre a via de nascimento e as complicações tardias analisadas pelos autores.

O presente estudo sugere uma ampla cobertura do pré-natal no município, ainda que a taxa elevada de cesarianas indique necessidade de aprofundamento sobre as indicações clínicas e práticas institucionais adotadas. Além disso, observou-se uma tendência predominante de nascimentos a termo no município, embora a taxa de prematuridade, ainda que dentro de padrões nacionais, justifique esforços contínuos para identificação precoce de riscos gestacionais e fortalecimento das ações de APS e serviços especializados.

A análise do escore de APGAR reforça a predominância de condições clínicas favoráveis ao nascimento. No primeiro minuto de vida, 88,9% (n=1557) dos neonatos apresentaram escores entre 8 e 10, indicando boa vitalidade neonatal. Apenas 10,4% registraram escores de 6 a 7 (6,5%), 3 a 5 (3,2%) ou 0 a 2 (1,0%). No quinto minuto, houve melhora expressiva: 97,5% (n=1708) atingiram escores entre 8 e 10, enquanto apenas 2,1% apresentaram valores inferiores, evidenciando resposta positiva aos cuidados neonatais imediatos. Os dados sugerem, portanto, boa capacidade de recuperação pós-parto e assistência eficaz no momento do nascimento. O escore de APGAR deve ser realizado no 1’ e 5’ minutos de vida (BRASIL 2017), e analisa os sinais de irritabilidade reflexa (ausente; alguma reação; espirros); esforço respiratório (ausente; irregular; regular); tônus muscular (flacidez total; alguma flexão extremidades; boa movimentação); frequência cardíaca

(ausente; <100bpm; >100bpm); e cor (cianose/palidez cutânea; corpo róseo, extremidades cianóticas; corpo e extremidades róseos) (BRASIL, 2012b, p. 34). Diante disso, um escore de APGAR <5 no 5' minuto de vida sugere um quadro de asfixia grave (BRASIL, 2012b).

A mortalidade infantil para o ano de 2023 foi de 10,85, calculada a partir da divisão do número de óbitos de menores de um ano de idade (19) dividido pelo número total de nascidos vivos de mães residentes (1.751), multiplicado por mil (BRASIL, s.d).

Nesse sentido, esses dados indicam que a maioria dos neonatos apresentou peso dentro da faixa esperada e boa vitalidade ao nascer, com pequena proporção de casos que exigem atenção neonatal específica, seja por baixo peso, seja por escores reduzidos de APGAR nos primeiros minutos de vida.

CONCLUSÃO

Os achados reiteram a relevância dos sistemas de informação (SINASC/DATASUS) na caracterização do perfil assistencial e clínico local, subsidiando intervenções direcionadas à saúde materno-infantil. Embora o recorte temporal de 2023 impeça a análise de tendências e relações de causalidade, os dados fornecem uma base sólida à gestão da saúde da mulher. Recomendam-se estudos futuros que investiguem os determinantes da prematuridade (13,5%) e a alta prevalência de cesarianas (74%), explorando fatores clínicos, institucionais e culturais. Além disso, propõe-se o acompanhamento de desfechos pós-alta e a análise das percepções de usuários e profissionais, visando identificar barreiras de acesso e otimizar a qualidade da assistência e gestão da saúde da mulher em Mogi Guaçu (SP).

REFERÊNCIAS

1. ALBERTON M, et al. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2023; 32(2), 2011-2021.
2. BRASIL MS. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006; p162. Link de publicação: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
3. BRASIL MS. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. 1ª ed. 2ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2011; p44. Link de publicação: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
4. BRASIL. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, 2011.
5. BRASIL MS. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Link de publicação: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
6. BRASIL MS. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os Profissionais de Saúde: cuidados gerais. 2ª ed. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Link de publicação: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf
7. BRASIL MS. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, 2017. Link de publicação: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_noral.pdf
8. BRASIL. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, 2024.
9. BRASIL MS. Indicadores de Mortalidade. Taxa de mortalidade materna. [Internet]. s.d. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm Acesso em: 30 jun. 2025
10. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Prefeitura Municipal de Mogi Guaçu. [Internet]. s.d. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=45301264000113&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20MOGI%20GUACU. Acesso em: 18 dez. 2024

11. ENTRINGER AP, et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública, 2018; 34(5): e00022517.
12. FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. Primeira Infância Primeiro: município de Mogi Guaçu – SP. São Paulo: Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, 2024. Disponível em: https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/mogi-guacu-sp/. Acesso em: 02 mai. 2025.
13. GOUDARD MJF, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21(4): 1227-1238.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades – Mogi Guaçu. [Internet]. 2024. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/mogi-guacu/panorama Acesso em: 08 dez. 2024
15. LEAL MC, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, 2018: 23(6): 1915–1928.
16. MAIA VKV, et al. Avaliação da qualidade de um sistema de informação de pré-natal. Rev Gaúcha Enferm, 2017; 38(3), e67747.
17. MARIO DN, et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 2019; 24(3): 1223-1232.
18. MASCARELLO KC, et al. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2018; 21:e180010.
19. NAÇÕES UNIDAS. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Tradução pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Rio de Janeiro: UNIC Rio, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf. Acesso em: 25 dez. 2025.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Nascimento prematuro. [Internet]. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth Acesso em: 28 dez. 2025
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4a030b6a-827d-4af4-b865-b56747b7c771/content Acesso em: 28 dez. 2025
22. PREFEITURA DE MOGI GUAÇU. Serviços. Saúde. [Internet]. s.d. Disponível em: https://digital.mogiguacu.sp.gov.br/ Acesso em: 18 dez 2024
23. SANTOS LAV, et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2018; 23(2): 617-625.
24. SOUZA ÉL, et al. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. Revista De Medicina, 2022; 101(5): e-172947.