



Faculdade Nova
Esperança de Mossoró
De olho no futuro

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM

ALISSON PEREIRA DE MEDEIROS
GABRIELA DE MELO SOARES

PANORAMA NACIONAL DA ADESÃO AO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

MOSSORÓ
2025

**ALISSON PEREIRA DE MEDEIROS
GABRIELA DE MELO SOARES**

PANORAMA NACIONAL DA ADESÃO AO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

Orientador (a): Profa. Ma. Lígia Fernanda de Araújo

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

M488p Medeiros, Alisson Pereira de.
Panorama nacional da adesão ao atendimento pré-natal /
Alisson Pereira de Medeiros; Gabriela de Melo Soares. –
Mossoró, 2025.
24 f.:il.

Orientador: Prof. Ma. Lígia Fernanda de Araújo.
Artigo científico (Graduação em Enfermagem – Faculdade
de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró).

1. Pré-Natal. 2. Enfermagem. 3. Saúde Materno-Infantil. I.
Soares, Gabriela de Melo. II. Título.

CDU 616-083

**ALISSON PEREIRA DE MEDEIROS
GABRIELA DE MELO SOARES**

**PANORAMA NACIONAL DA ADESÃO AO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL: UM
COMPARATIVO ENTRE AS REGIÕES**

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Ma. Lígia Fernanda de Araújo – Orientador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Profª. Esp. Franciara Maria Rodrigues – Avaliador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Profª. Dra. Isadora Lorenna Alves Nogueira – Avaliador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

PANORAMA NACIONAL DA ADESÃO AO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

NATIONAL OVERVIEW OF ADHERENCE TO PRE-NATAL CARE

**ALISSON PEREIRA DE MEDEIROS
GABRIELA DE MELO SOARES**

RESUMO

Diante das inovações na medicina fetal tornou-se importante a realização do pré-natal, com o propósito de garantir o desenvolvimento saudável do bebê e prevenir doenças ou situações de risco. Sendo assim, é necessário que o enfermeiro demonstre interesse pela gestante e pelo seu modo de vida durante as consultas, contribuindo com mudanças concretas e saudáveis. Nesse âmbito, a NOTA TÉCNICA Nº 1/2022 - Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde⁴ traz no seu tópico 2.4 a premissa de que “A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante”. Nesse contexto, o panorama nacional da adesão ao atendimento pré-natal e possui como objetivo comparar o número de atendimentos pré-natal da atenção primária, iniciados até a 12ª semana de gestação, contemplando 6 consultas totais, com o número de nascidos vivos registrados. Para tanto, adotou-se uma pesquisa epidemiológica do tipo ecológica e a pesquisa bibliográfica. Foram quantificadas 7.258.467 gestantes atendidas pelo SUS, selecionando dados disponibilizados através dos Sistemas de Informação em Saúde e verificamos o número de pré-natais iniciados antes da 12ª semana e com 6 consultas mínimas realizadas dos anos de 2017 a 2024 notificados ao SISAB, verificar o número de nascidos vivos notificados na Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde e realizar comparativo entre os dados em nível de Brasil e regiões. Desse modo, através dos resultados obtidos, percebe-se que existe diferença entre o número de consultas realizadas pelas gestantes e o número de nascidos. Enquanto o número de pré-natais realizados até a 12ª semana de gestação faz uma curva ascendente ao longo dos anos, indica aumento da notificação e dos serviços, o número de nascidos vivos se mantém estável. Logo, este estudo revela que ao longo dos anos nasceram quantidades equivalentes de indivíduos, mas que ao longo dos anos vem aumentando a adesão ao serviço. Remetendo a importância da política de atenção básica, do pré-natal, para garantir o desenvolvimento saudável durante a gestação, além de promover ações para preservar a saúde e a vida.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-Natal; Enfermagem; Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

Given the innovations in fetal medicine, prenatal care has become important to ensure the healthy development of the baby and prevent diseases or risk situations. Therefore, it is necessary for the nurse to demonstrate interest in the pregnant woman and her lifestyle during consultations, contributing to concrete and healthy changes. In this context, TECHNICAL

NOTE No. 1/2022 - Secretariat of Primary Health Care/Ministry of Health⁴ brings in its topic 2.4 the premise that “Prenatal care plays a fundamental role in the prevention and/or early detection of both maternal and fetal pathologies, allowing the healthy development of the baby and reducing risks to the pregnant woman”. In this context, the national panorama of adherence to prenatal care and aims to compare the number of primary care prenatal care appointments, initiated up to the 12th week of gestation, including 6 total appointments, with the number of live births registered. To this end, an ecological epidemiological survey and bibliographic research were adopted. A total of 7,258,467 pregnant women treated by the SUS were quantified, selecting data made available through the Health Information Systems and verifying the number of prenatal care initiated before the 12th week and with a minimum of 6 consultations carried out from 2017 to 2024 reported to SISAB, verifying the number of live births reported in the Integrated Health Surveillance Platform and comparing the data at the level of Brazil and regions. Thus, through the results obtained, it is clear that there is a difference between the number of consultations attended by pregnant women and the number of births. While the number of prenatal care performed up to the 12th week of gestation shows an upward curve over the years, indicating an increase in notification and services, the number of live births remains stable. Therefore, this study reveals that over the years equivalent numbers of individuals have been born, but that over the years the adherence to the service has increased. Highlighting the importance of basic care policy, prenatal care, to ensure healthy development during pregnancy, in addition to promoting actions to preserve health and life.

KEYWORDS: Prenatal; Nursing; Maternal and Child Health.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, por meio das inovações na medicina fetal tornou-se de fundamental importância a realização do pré-natal, com o intuito de garantir o desenvolvimento saudável do bebê e prevenir doenças ou situações de risco. Nesse contexto, o pré-natal tem como premissa a realização de consultas a fim de assegurar uma gestação saudável diminuindo os riscos para o binômio mãe e bebê. A captação precoce dessas gestantes deve realizar-se preferencialmente até a 12^a semana de gestação para assegurar o seguimento do acompanhamento e a integralidade da atenção reduzindo a morbimortalidade materno infantil¹. Nesse sentido, com o propósito de reduzir as taxas de mortalidade e garantir a sobrevivência de muitos seres humanos foram criados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no ano 2000, estabelecendo como a quarta meta a redução da mortalidade infantil, e a quinta meta possui como finalidade melhorar a saúde das gestantes².

Ademais, é necessário ressaltar que de acordo com a terceira meta presente nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) determinadas pela Organização das Nações Unidas – ONU destaca-se os parâmetros de saúde e bem-estar, com o objetivo central de assegurar uma vida saudável. Dessa forma, de acordo com a ODS³, a meta brasileira tem como objetivo reduzir as taxas de mortalidade ao número de 30 mortes para cada 100.000

Nascidos Vivos (NV) até o ano de 2030, contrariando e melhorando o cenário previsto pela ONU que prevê menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos no mesmo período. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), consolida os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) para o cuidado equitativo e universal³.

Assim, como contempla a Política Nacional de Humanização (PNH), voltado a atenção do pré-natal, à medida que colabora para inovações em saúde, realizando o Projeto Terapêutico Singular; o Projeto de Saúde Coletiva; Acolhimento com Classificação de Risco; Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, se torna possível identificar e garantir os direitos dos seres humanos a terem acesso à saúde com um atendimento humanizado e acolhedor, conforme os princípios fundamentais do SUS^{1,2,3}.

Ademais, outro programa de suma importância era a antiga Rede Cegonha, atual Rede Alyne, possibilitando a realização do pré-natal (de risco habitual e de alto risco) com captação precoce da gestante, permitindo a realização dos exames preconizados e com acesso aos resultados destes em tempo oportuno; Acolhimento às intercorrências na gestação; Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites^{6,7,23}. Nessa perspectiva, é possível identificar a garantia do direito de toda mulher ao atendimento durante a gestação, no parto e pós-parto, através da busca à unidade de saúde mais próxima de sua residência para realizar o pré-natal^{3,7}.

O Caderno de Atenção Básica nº 32 classifica as mortes maternas como obstétricas diretas ou indiretas, sendo resultado de complicações que surgem durante a gravidez, no parto ou no puerpério (período de até 42 dias após o parto). Nessa perspectiva, as mortes obstétricas diretas são causadas por intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores⁸.

Enquanto as indiretas são decorrentes de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como os problemas circulatórios e respiratórios. Logo, a assistência do pré-natal precisa ser adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco com o intuito de garantir o desenvolvimento saudável durante a gestação^{1,2,8}.

Nesse âmbito, a NOTA TÉCNICA Nº 1/2022 - Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde⁴ traz no seu tópico 2.4 a premissa de que O acompanhamento pré-natal é considerado essencial devido à sua contribuição na identificação antecipada ou prevenção de possíveis complicações que comprometer significativamente tanto a mãe quanto

o feto. Esse cuidado contínuo favorece o crescimento saudável do bebê e colabora para a diminuição de riscos relacionados à saúde da gestante durante o período gravídico⁸.

Logo, torna-se indubitável a troca de informações sobre as diferentes vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde em busca de uma melhor qualidade de vida. Nesse contexto, a enfermagem se faz protagonista, sendo do enfermeiro a garantia do funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e os cuidados com a população, dentre esses o pré-natal de baixo risco.

Dessa forma, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 32⁸ cabem às equipes de saúde orientar gestantes e as suas famílias sobre a relevância do pré-natal, da amamentação e da vacinação das crianças, bem como, garantir que o cadastramento da gestante seja realizado no SisPreNatal, assegurando o correto preenchimento e atualização do Cartão da Gestante. Entre as contribuições do Profissional Enfermeiro, está a realização das consultas de pré-natal de baixo risco, em parceria com o médico, cabendo ainda, a solicitação de exames conforme protocolos locais, a execução de testes rápidos e a prescrição de medicamentos já padronizados, como sulfato ferroso, ácido fólico, bem como, tratamentos para DSTs^{1,2,8}.

Outrossim, ainda cabe a esse profissional observar a carteira vacinação da gestante, identificando e encaminhando casos de risco ou com sinais de alarme para atendimento especializado, especialmente diante de dificuldades de acesso a esses serviços. Também são responsabilidades importantes ao Enfermeiro: a realização do exame clínico das mamas, a coleta de material para o exame Citopatológico, o desenvolvimento de atividades educativas, monitoramento da assiduidade às consultas, orientação sobre os principais fatores de risco e a realização de visitas domiciliares no pré-natal e no puerpério, com especial atenção ao aleitamento materno e ao planejamento familiar^{1,2,8}.

Assim, de acordo com as orientações e solicitações abordadas anteriormente, percebe-se que a realização do pré-natal é benéfica e eficaz, pois além de garantir o desenvolvimento saudável do embrião durante a gestação, permitir também a ampliação dos conhecimentos da família sobre a gravidez e os riscos gestacionais, prevenindo os casos de aborto, preparando psicologicamente as mulheres para o parto⁸.

O presente estudo tem como objetivo comparar o número de atendimentos pré-natal da atenção primária, iniciados até a 12^o semana de gestação, que contemplam o total de 6 consultas, com o número de nascidos vivos registrados no mesmo intervalo de tempo, ao nível de território Nacional e Regional, comparando os dados do Brasil com as regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste. Tudo isso será realizado através dos dados de domínio

público disponíveis nos sistemas de informações do ministério da saúde, SISAB e Plataforma integrada de Vigilância em Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi concebido à semelhança do SIM (Sistema de Informação em Saúde) e implantado gradualmente pelo Ministério da Saúde, a partir de 1990. Esse sistema dispõe de dados consolidados nacionalmente desde 1994, porém com diferentes graus de cobertura nos primeiros anos de implantação. Nesse contexto, propicia informações sobre nascidos vivos no país, com dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. Assim sendo, o documento básico é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. Para os partos realizados em hospitais e outras instituições de saúde, a primeira via da DN deve ser preenchida e é coletada pela secretaria de saúde correspondente^{1,8}.

Os sistemas de informação em saúde, como o SINASC, desempenham um papel fundamental na consolidação de dados que orientam políticas públicas e as ações estratégicas no setor. No caso específico dos partos domiciliares, a comunicação das informações é feita pelos cartórios de registro civil, seguindo um fluxo semelhante ao do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com a codificação e a transcrição realizadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de saúde.

A Secretaria de Vigilância em Saúde atua como órgão gestor nacional do sistema, sendo responsável pela coordenação e pela distribuição dos dados. Ademais, os dados do SINASC estão disponíveis na internet, por meio das plataformas do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o que facilitam o acesso, ampliando a transparência e o uso dessas informações para fins acadêmicos, administrativos e de gestão^{9,10}.

A cobertura do SINASC é outro aspecto relevante de sua contribuição, no ano de 2004, o sistema já apresentava uma estimativa de cobertura de 90% dos nascidos vivos no Brasil, superando os registros cartoriais, especialmente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A região Nordeste, embora com cobertura inferior, alcançou mais de 80%, revelando avanços importantes mesmo nas áreas com histórico de subnotificação. Essa abrangência reforça o valor do sistema para o monitoramento da saúde materno-infantil, subsidiando intervenções mais eficazes e dirigidas às populações mais vulneráveis. Afim de aprimorar

essa cobertura e a qualidade dos dados, esforços contínuos vêm sendo realizados pelos órgãos gestores, garantindo uma maior confiabilidade às informações e fortalecendo o planejamento e a avaliação das ações em saúde pública^{9,10}.

2.2. PERCURSO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Quadro 1. Percurso histórico dos fatos relacionados à saúde da mulher no Brasil, Mossoró/RN (2025).

ANO	FATO HISTÓRICO
1975	Definido como “ano da mulher”, quando foi lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a década das mulheres;
1983	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM);
1986	I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher;
1988	Constituição e Criação do Sistema Único de Saúde (SUS);
1990	Sanção das Leis 8.080 e 8.142; que regulamentam o SUS e a participação social
2000	Objetivos de Desenvolvimento do milênio (ODM) - Programa Humanização do Pré-natal e Nascimento (Portaria/GM 569, 1/6/2000);
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).
2007	Pacto pelo Enfrentamento da violência contra a mulher;
2009	Plano de qualificação das maternidades (PQM);
2011	Rede Cegonha - publicação da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha;
2013-2015	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM);
2017	<ul style="list-style-type: none"> • II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres; • Atualização da nota técnica nº 1/2022.

Fonte: Elaboração própria (2025).

2.3. PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 32, que determina a atenção ao pré-natal de baixo risco, a consulta de enfermagem/enfermeira(o) na atenção à gestante é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. Dessa forma, o profissional

enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87^{8, 29, 30}.

Diante o exposto, durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo papel educativo. Por conseguinte, os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (este último com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia, que é de competência do Enfermeiro Obstetra, e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência^{11,15}.

Bem como a detecção precoce de doenças crônicas e infectocontagiosas durante o período do pré-natal é essencial para a promoção da saúde materno-infantil. Segundo Falavina; Lentsck e Mathias (2019), é comum o aumento significativo da incidência de infecções nas gestantes, tais como: a sífilis, a toxoplasmose e o HIV, com taxas anuais de crescimento em cerca de 30,8%, 30,4% e 2,6%, respectivamente. O aumento da incidência dessas doenças reforça a necessidade de se realizar uma triagem sistemática, com o acompanhamento contínuo da gestante durante o pré-natal, a fim de identificar e tratar precocemente essas condições, prevenindo possíveis complicações para a mãe e o filho¹¹.

Dessa forma, a realização de uma análise espacial das incidências dessas doenças, evidenciada pelo uso da epidemiologia, permite identificar regiões com maior vulnerabilidade, como as macrorregiões mencionadas pelos autores supracitados: Norte e Noroeste do Paraná, onde a incidência da sífilis aumentou em uma média 40,5% ao ano. A realização do mapeamento possibilita a implementação de estratégias de saúde pública direcionadas, como as campanhas de conscientização à gestante, ampliando o acesso a testes e tratamentos, promovendo a capacitação dos profissionais de saúde, para assim, reduzir as desigualdades regionais e melhorar os resultados da assistência ao pré-natal nas áreas mais afetadas^{8,11,28}.

Outro ponto importante é a orientação acerca das suplementações durante a assistência pré-natal, garantindo a saúde da gestante e o desenvolvimento adequado do feto. Essa suplementação é comumente realizada com ácido fólico, sendo amplamente recomendada na

prevenção de defeitos do tubo neural e indicada tanto antes da concepção, como durante o primeiro trimestre da gestação. Outra suplementação comum é a ingestão de ferro, sendo ela um componente essencial para prevenir a anemia gestacional. Cabe ressaltar que essa suplementação deve ser sempre orientada por profissionais de saúde e estes devem considerar as necessidades individuais de cada gestante atendida, afim de evitar excessos que possam ser prejudiciais. Durante a assistência pré-natal, a educação nutricional e a orientação adequada das suplementações podem evitar complicações da assistência pré-natal, prevenindo complicações durante a gestação¹².

Adiante, durante o momento do parto e do puerpério, é fundamental que a mulher receba cuidados capazes de integrar aspectos físicos, emocionais e sociais. Para isso, a equipe de saúde deve garantir um ambiente acolhedor, que respeite as preferências da mulher e lhe proporcione suporte contínuo. Após o nascimento da criança, às primeiras 48 horas são críticas para monitorar as possíveis complicações, tais como as hemorragias, além de ser um momento essencial para incentivar o aleitamento materno, para ressaltar a importância desses cuidados, a presença de uma rede de apoio familiar é crucial, devendo ela ser estimulada pela equipe de saúde¹⁶.

Ademais, durante o puerpério, que é o período pós-parto, onde a mulher continua vulnerável a complicações físicas e emocionais, é essencial uma atenção em saúde eficaz, onde a equipe de saúde seja responsável por realizar visitas domiciliares nos primeiros dias após a alta hospitalar, oferecendo as orientações acerca dos cuidados com o recém-nascido, a amamentação dele e os sinais de alerta para possíveis complicações. Nesse contexto, é importante que a mulher tenha livre acesso a consultas de acompanhamento, onde ela possa expressar as suas dificuldades e necessidades, recebendo apoio psicológico, para garantir a sua recuperação e bem-estar¹⁴.

Durante a atenção básica, a vacinação do recém-nascido (RN) e do bebê é capaz de prevenir doenças graves, garantindo o seu desenvolvimento saudável e para isso, o calendário vacinal do Ministério da Saúde do Brasil estabelece que, ao nascer, o RN deve receber a vacina BCG (contra tuberculose) e a primeira dose da vacina contra hepatite B. Já aos 2 meses de idade, devem ser administradas as vacinas pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e Haemophilus influenzae tipo b), VIP (vacina inativada contra poliomielite), a rotavírus e a primeira dose da vacina contra a meningite C. Aos 4 meses de vida, são aplicadas no bebê, a segunda dose da pentavalente, a VIP e a rotavírus, além da segunda dose da vacina contra meningite C. Durante os 6 meses, deve ser administrada a terceira dose da pentavalente e a VIP. Já aos 12 meses, o bebê deve receber a vacina contra sarampo, caxumba

e rubéola (tríplice viral), a vacina contra meningite C e contra a hepatite A, todas elas são fundamentais para a proteção dos bebês de doenças potencialmente fatais¹⁴.

Logo, a assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez (período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente) deve ser priorizada como uma das atribuições da enfermagem nas equipes de AB. Ademais, as atribuições dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) supracitadas nos parágrafos anteriores devem ser priorizadas nas rotinas aprovadas pela instituição de saúde. Já as atividades da(o) parteira(o) são exercidas sob a supervisão do enfermeiro obstetra quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias^{13,14}.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo ecológica⁹ é realizada quando se compara a ocorrência de uma condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas. Em um estudo ecológico típico, quantitativos de agregados da exposição e da doença são comparadas, neste caso, a realização do pré-natal de baixo risco da atenção básica, iniciando preferencialmente até a 12^a semana de gestação e tendo no mínimo 6 consultas realizadas, em comparação ao número de nascidos vivos do ano de 2024. Assim, para a elaboração do atual estudo também foi utilizada a pesquisa bibliográfica, que conforme Gil (2002, p. 44) “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Dessa forma, será possível recolher informações sobre a temática ao buscar referências teóricas já publicadas e analisar os resultados obtidos. Nesse tipo de estudo, não existem informações sobre o pré-natal e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo. Uma das suas vantagens é a possibilidade de examinar associações entre ocorrência nacional de acompanhamentos realizados, comparar com as regiões e correlacionar com os dados socioeconômicos coletivos.

Realizar uma análise comparativa sobre os números de nascidos vivos é fundamental para monitorar a saúde materno-infantil e orientar políticas públicas eficazes, nesse sentido, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) são ferramentas primordiais, visto que, coleta dados detalhados sobre cada nascimento no Brasil e acompanhamentos da Atenção Básica,

respectivamente. Esses sistemas, no Brasil, além de eficientes e eficazes, podem indicar a cobertura das informações epidemiológicas no país de forma homogênea, com uma abrangência superior a 90% em muitas das unidades da federação. A melhoria na cobertura desses dados permite uma avaliação mais precisa da situação de saúde da população, contribuindo para a formulação de estratégias de saúde pública mais eficazes¹⁵.

Ademais, a análise comparativa dos dados de nascidos vivos ao longo do tempo e pré-natais realizados, pode revelar e evidenciar a necessidade de fomento de mais políticas públicas, visto que, embora a cobertura desses registros não contemple a totalidade da população, ainda existe a necessidade da aplicação deste serviço tão valioso e importante. O que afeta a construção dos indicadores de saúde materno-infantil no nível local e nacional. Logo, a avaliação contínua desses números é essencial para identificar as possíveis falhas nessa cobertura desses serviços, permitindo mensurar quantas nasceram sem o devido acompanhamento. Por meio do fortalecimento dessa base de dados se torna possível a realização de um planejamento preciso, reforçando a implementação de políticas públicas capazes de alcançar os que mais necessitam, tudo isso, afim de reduzir as desigualdades em saúde¹⁵.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gráfico a seguir foi retirado da plataforma SISAB e trazem os dados numéricos de realização das consultas de pré-natal de 2017 a 2024. A partir da observação dos dados é possível verificar uma curva ascendente o que denota um crescimento anual no número de adesão das gestantes a consulta de pré-natal.

Gráfico 1. Descrição das consultas de pré-natal no Brasil no período de 2017 à 2024, Mossoró/RN (2025).



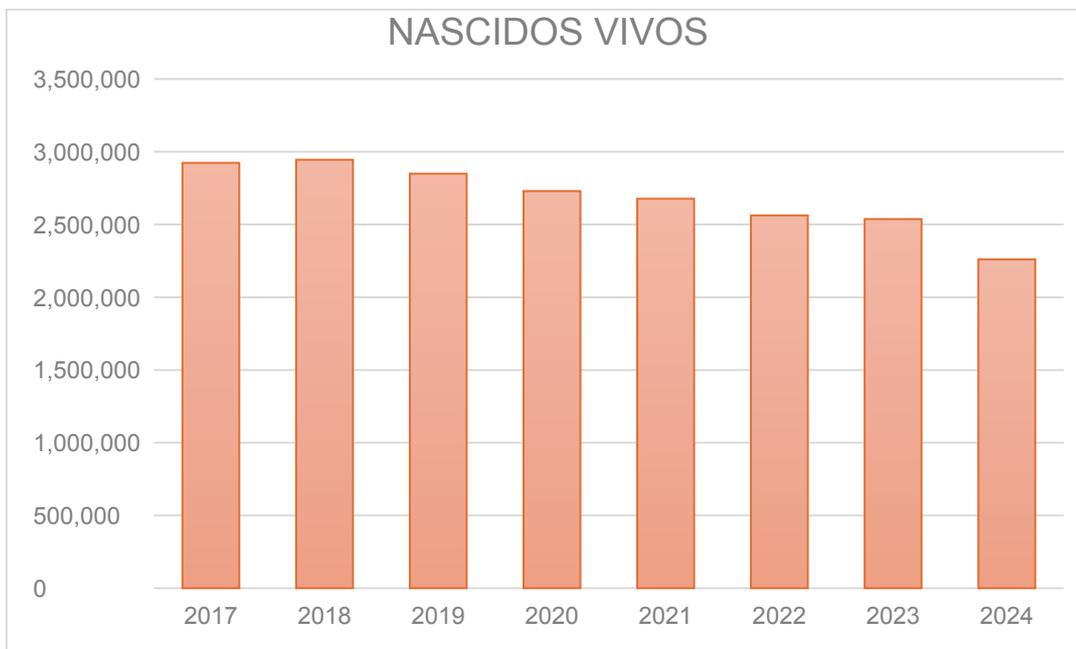
Fonte: Elaboração própria (2025).

Esse crescimento anual na adesão das gestantes às consultas de pré-natal pode ser atribuído a uma série de fatores que interligados podem refletir os avanços nas políticas públicas de saúde, as mudanças nas atitudes sociais e as melhorias no acesso à informação das gestantes. Algumas das medidas que tem contribuído para essa progressão é a implementação de programas voltados a saúde sexual e reprodutiva, favorecendo a inclusão e o incentivo à participação das gestantes nas consultas, o que acaba fortalecendo a rede de apoio e promovendo a educação em saúde dessas gestantes^{16,24}.

Outro aspecto importante é o papel das orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, as quais, acabam incentivando a mulher a priorizar alguns cuidados durante a sua gestação, aproximando essas mulheres da unidade, e melhorando a sua adesão às práticas recomendadas, como controle de peso, a alimentação e a atualização do cartão de vacinas. A presença de um companheiro fixo também tem sido associada a uma maior adesão das mulheres ao acompanhamento do pré-natal, sugerindo que o apoio emocional e social pode desempenhar um papel crucial nesse processo. Desse modo, se percebe que uma combinação de políticas públicas eficazes aliada ao acesso à informação e ao suporte social tem sido determinantes para o aumento contínuo na adesão das gestantes às consultas de acompanhamento pré-natal¹⁶.

O contrário disso ocorre com os nascidos vivos, onde foi verificado uma curva descendente, o que denota uma queda no quantitativo de nascidos vivos nos anos de 2017 a 2024. Os dados numéricos foram retirados da plataforma integrada de vigilância em saúde.

Gráfico 2. Descrição do número de nascidos vivos no Brasil no período de 2017 à 2024, Mossoró/RN (2025).



Fonte: Elaboração própria (2025).

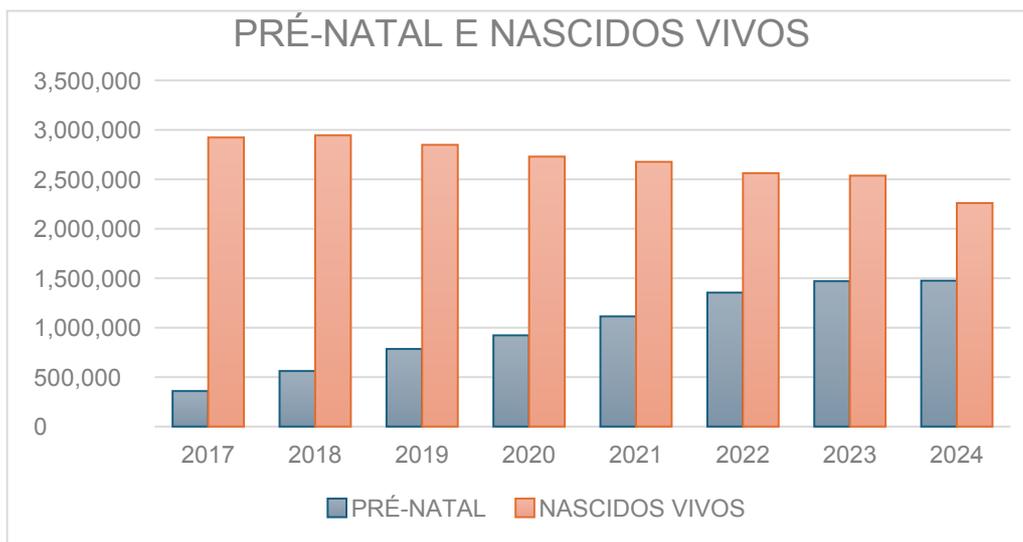
Essa queda no número de nascidos vivos no Brasil entre o período de 2017 à 2024 pode ser atribuída a uma combinação de fatores estruturais e conjunturais que impactaram de forma direta nas decisões reprodutivas da população, tais como: as crises econômicas (que aumentam a incerteza financeira das famílias), que levam ao adiamento ou a desistência de ter filhos em razão da instabilidade e insegurança econômica; outra variável que pode ter contribuído para essa queda é a pandemia de COVID-19, visto que, o medo da doença, as restrições de mobilidade e o fechamento de alguns serviços de saúde podem ter dificultado o acesso ao planejamento familiar, aumentando a preocupação com a saúde materno-infantil¹⁷.

Outro fator relevante é a transformação no perfil reprodutivo das mulheres brasileiras, onde se observa um adiamento da maternidade, com um aumento significativo na proporção de mulheres que têm filhos após os 30 anos. Isso pôde ser percebido porque em 2022, aproximadamente 39% dos nascidos vivos foram de mães que já possuíam mais 30 anos ou mais, o que acaba refletindo as mudanças nos projetos de vida, como a priorização da educação e da carreira profissional ao invés do aumento de membros da família. Essa mudança no comportamento reprodutivo, aliada aos fatores econômicos e sociais pode ter contribuído para a redução contínua da taxa de fecundidade no país, que acabou caindo de 2,32 filhos por mulher em 2000 para 1,57 em 2023, corroborando com os achados desta pesquisa¹⁷.

Ao realizar um comparativo do quantitativo de pré-natal iniciado até a 12^a de gestação e o quantitativo numérico de nascidos vivos entre o ano de 2017 a 2024, foi possível verificar

um aumento no número de pré-natal como também uma diminuição dos nascidos vivos, corroborando com os achados supracitados.

Gráfico 3. Descrição do número de pré-natais realizados e do número de nascidos vivos no Brasil no período de 2017 à 2024, Mossoró/RN (2025).



Fonte: Elaboração própria (2025).

Uma das possíveis justificativas para o número de mulheres que ainda não aderiram ao pré-natal é a dificuldade de comunicação e a pouca clareza na linguagem dos profissionais, assim como, a sua compreensão acerca dos determinantes e condicionantes de saúde que essas mulheres possuem, tudo isso pode ser observado para que esses dados possam ser futuramente minimizados, favorecendo o acompanhamento dessas mulheres pelas APSs¹⁶.

Ao investigar as experiências de 12 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal na atenção primária no município de Florianópolis, SC, os autores puderam perceber três categorias principais que acabaram refletindo as percepções das gestantes acerca do cuidado recebido, sendo elas: o cuidado antes e durante a gestação; a participação em grupos de gestantes e o cuidado de qualidade durante a gestação¹⁷.

As gestantes que participaram do estudo destacaram a importância de um cuidado que vai além da técnica, enfatizando a atenção dispensada e o acolhimento humanizado, que faz com que os profissionais de saúde considerem a sua subjetividade. Esses aspectos foram considerados fundamentais para tornar o período gestacional mais satisfatório, especialmente nos momentos mais difíceis, nesse sentido, a participação das gestantes em grupos também foi apontada como uma estratégia eficaz para fortalecer os vínculos seus vínculos com a comunidade e proporcionar apoio emocional durante a gestação¹⁷.

Com o objetivo de aprimorar o acesso, a qualidade e a equidade dos serviços prestados foi criado o Programa Previne Brasil, instituído em 2019 pelo Ministério da Saúde, que introduziu um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Esse modelo é baseado em três componentes principais, sendo eles: a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e os incentivos para ações estratégicas. Essa capitação ponderada considera fatores como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico e a classificação geográfica da população atendida, permitindo o ajuste dos repasses financeiros conforme as necessidades específicas de cada região^{19,26}.

Já o pagamento por desempenho vincula os repasses ao alcance dos indicadores de saúde previamente estabelecidos, e foi realizado no intuito de incentivar as equipes a melhorar continuamente a qualidade do atendimento. Ademais, o programa ainda oferece incentivos adicionais para a realização de ações estratégicas, tais como a ampliação do horário de atendimento, equipes de saúde bucal, informatização da APS, dentre outras iniciativas que tem por intuito o fortalecimento e a abrangência dos serviços de saúde. Essas mudanças foram introduzidas no sentido de induzir a responsabilização dos gestores e profissionais pelas pessoas que assistem, promovendo assim, uma gestão mais eficiente e centrada na qualidade do atendimento à população¹⁹.

Ao comparar a assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde, Cesar et al. (2010) revelou diferenças significativas na qualidade e no acesso ao atendimento. Os dados evidenciados pelos autores indicaram que, embora a cobertura do pré-natal seja elevada em ambos os setores, o serviço público apresenta uma maior equidade no acesso, atendendo de forma predominante as mulheres com menor renda e escolaridade. Entretanto, o setor privado concentrou-se nas gestantes com maior nível socioeconômico, oferecendo a elas um atendimento mais personalizado e com uma maior disponibilidade de recursos tecnológicos. Os autores também pontuaram que, apesar das diferenças no atendimento, o serviço público tem se esforçado para melhorar a qualidade da assistência prestada, implementando políticas com o intuito de garantir um atendimento humanizado e integral às gestantes^{18,25}.

As principais diferenças citadas por Cesar et al. (2010) entre os atendimentos pré-natal nos serviços público e privado estão relacionadas à acessibilidade, aos recursos disponíveis e as características do atendimento. No serviço público, o acesso é universal e ampliado, buscando atender a uma população diversa, mas enfrenta desafios importantes, como a sobrecarga dos profissionais e das unidades de saúde, o que pode impactar na qualidade do atendimento. Já no setor privado, há uma maior disponibilidade de recursos e um menor tempo de espera, o que acaba proporcionando um atendimento mais individualizado.

Contudo, essa assistência é restrita a gestantes com maior poder aquisitivo, o que tende a perpetuar as desigualdades no acesso à saúde de qualidade^{18,25}.

5. CONCLUSÃO

Por meio da análise dos dados de consultas de pré-natal entre 2017 e 2024 pôde se perceber um crescimento constante na adesão das gestantes aos atendimentos, sugerindo avanços significativos no campo da saúde pública voltada à atenção materna. Esse aumento pode ser entendido como o resultado de políticas públicas eficazes, acesso ampliado à informação e o fortalecimento da rede de apoio às gestantes. Nesse sentido, implementação de iniciativas como programas de saúde sexual e reprodutiva e o acolhimento humanizado nas unidades de saúde foram determinantes para aproximar as gestantes dos serviços de atenção primária, promovendo um cuidado mais contínuo e qualificado durante a gravidez.

Em contrapartida, a mesma série temporal aponta para uma tendência de queda no número de nascidos vivos, o que indica uma mudança no comportamento reprodutivo da população brasileira. Alguns fatores como crises econômicas, instabilidade social e os impactos diretos da pandemia de COVID-19 se mostraram como contribuintes para o adiamento ou mesmo a desistência da maternidade por parte de muitas mulheres. Ademais, o aumento do número de mães com mais de 30 anos e a queda da taxa de fecundidade reforçam a ideia de uma transformação nos projetos de vida das mulheres, que passaram a priorizar mais a sua formação acadêmica e o seu desenvolvimento profissional antes de considerar a maternidade.

O cruzamento entre os dados de aumento do número de consultas de pré-natal e a queda no número de nascidos vivos reforça a complexidade do cenário atual, no qual a qualidade e a quantidade do acompanhamento gestacional melhora enquanto o número de nascimentos diminui, mas ainda não são equivalentes. Tudo isso demonstra que, embora existam avanços estruturais no sistema de saúde, ainda existem barreiras que precisam ser enfrentadas, como a comunicação ineficaz entre profissionais e gestantes, e a necessidade de maior sensibilidade dos serviços de saúde quanto às especificidades sociais e culturais dessas mulheres.

Desse modo, a implementação de políticas públicas têm buscado qualificar a atenção primária à saúde, incentivando a melhoria contínua dos indicadores por meio modelos de atenção à saúde baseados no bom desempenho e na atenção a população em vulnerabilidade social. Ainda assim, a comparação entre os serviços públicos e privados continua mostrando que persistem desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado, enquanto que o setor

público avança na cobertura e equidade, ainda enfrenta desafios estruturais que impactam a experiência das gestante. No setor privado, embora ofereça maior conforto e recursos, é acessível a uma parcela limitada da população. Logo, os dados analisados reforçam a importância de continuar investindo em um sistema público mais resolutivo, humanizado e inclusivo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 15 fev. 2025. Disponível em: <https://coren-se.gov.br/caderno-32-pre-natal-baixo-risco-e-manual-tecnico-de-gestacao-de-alto-risco/>.
2. Brasil. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde: painel de monitoramento de nascidos vivos. 2024. Acesso em: 15 fev. 2025. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>.
3. Brasil. Tribunal Regional do Trabalho (1. Região). Nota técnica n. 01/2022, de 29 de agosto de 2022. Acesso em: 16 fev. 2025. Disponível em: <https://bibliotecadigital.trt1.jus.br/jspui/handle/1001/3614843>.
4. Carvalho PGM; Barcellos FC. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM: Uma avaliação crítica. Revista Sustentabilidade em Debate – Brasília, v. 5, n. 3, p. 222-244, set/dez 2014. Acesso em: 15 mar. 2025. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sust/article/download/15662/13985/>.
5. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Acesso em: 20 mar. 2025. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.
6. ODS Brasil. Indicadores Brasileiros para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Acesso em: 20 mar. 2025. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/>.
7. Vieira LB, Gouveia HG, Wegner W, Gerhardt LM. The Millennium Development Goals and the social commitment of Nursing research. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015 Mar;36(1):12–3. Acesso em: 21 mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.53436>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 17 mai. 2025. Disponível em: https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
9. Szwarcwald CL, Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Almeida W da S de, Frias PG de, Damacena GN, et al.. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35(10):e00214918. Acesso em: 10 mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dqy9gbh3k8fJBjYHVBwbMnS/>.
10. Moura M, Andrade, Dimech GS, Guedes C, Malta DC, Rabello, et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2015;24(4):629–40. Acesso em: 16 mai. 2025. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400005.

11. Falavina LP, Lentsck MH, Mathias TA de F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no estado do Paraná-Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2019; 27. Acesso em: 18 mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/h9kvLdYNjvc96VpNPcC6XDG/>.
12. Assistência pré-natal: parte II. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2008 Feb;54(1):7–8. Acesso em: 15 mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/YLWbmH44kYCXgrvg4ZRfQwx/?lang=pt>.
13. Corrêa MSM, Feliciano KV de O, Pedrosa EN, Souza AI de. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2017;33(3). Acesso em: 16 mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GbrsTdSmBsXcLSF6JPH6QJD/>.
14. Lopes EG, Martins CB de G, Lima FCA, Gaíva MAM. Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013 Jun;66(3):338–44. Acesso em: 16 mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/387YtQGCgJ8sYLdP5xX3b8x/>.
15. Moura M, Andrade, Dimech GS, Guedes C, Malta DC, Rabello, et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2015;24(4):629–40. Acesso em: 15 mai. 2025. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400005#:~:text=O%20nascimento%20%C3%A9%20um%20dos,%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde%20materno%2Dinfantil.
16. Melo MM de, Soares MBO, Silva SR da. Fatores que influenciam a adesão de gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2022 Jul 29. Acesso em: 15 mai. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020315>.
17. Coutinho RZ, Viveiros I. A transição da fecundidade no Brasil: investigação sobre os efeitos das crises exógenas nas tendências recentes de queda do número de nascidos vivos. *Revista Brasileira de Estudos de População* [Internet]. 2024 Jan 13;41:1–33. Acesso em: 16 mai. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0283>.
18. Roma JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciência e Cultura*. 2019 Jan;71(1):33–9. Acesso em: 21 mar. 2025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602019000100011>.
19. Moura M, Andrade, Dimech GS, Guedes C, Malta DC, Rabello, et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2015;24(4):629–40. Acesso em: 15 mai. 2025. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400005#:~:text=O%20nascimento%20%C3%A9%20um%20dos,%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde%20materno%2Dinfantil.
20. Melo MM de, Soares MBO, Silva SR da. Fatores que influenciam a adesão de gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal. *Cadernos Saúde Coletiva*.

2022 Jul 29. Acesso em: 15 mai. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020315>.

21. Coutinho RZ, Viveiros I. A transição da fecundidade no Brasil: investigação sobre os efeitos das crises exógenas nas tendências recentes de queda do número de nascidos vivos. *Revista Brasileira de Estudos de População* [Internet]. 2024 Jan 13;41:1–33. Acesso em: 16 mai. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0283>.
22. Lunardi G. IV Conferência Mundial Sobre a Mulher e as estratégias do Estado brasileiro para implementar a igualdade de gênero. Em *Tempo de Histórias*. 2021 Dec 13;1(39). Acesso em: 10 mar. 2025. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/emtempos/article/view/39621>.
23. Darmont M de QR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA de. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2010 Sep 1 [cited 2021 Nov 9];26:1788–96. Acesso em: 10 mar. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/65N5LNzzbjLZsxQrjXjdmpN/abstract/?lang=pt>.
24. Livramento D do VP do, Backes MTS, Damiani P da R, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care. *Revista gaucha de enfermagem* [Internet]. 2019 Jun 6;40:e20180211. Acesso em: 12 fev. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/BBmdvmww53KqpSdCrLYJZ5s/>.
25. Cesar JA, Sutil AT, Santos GB dos, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012 Nov;28(11):2106–14. Acesso em: 20 mar. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cLGw3QPT73swvdZgjfMVRTm/>.
26. Rodrigues EC, Eberhardt LD. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul. *Saúde debate* [Internet]. 2024;48(140):e8385. Acesso em: 19 mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Qy8pyLnVFSCSGT3mWXdksHS/>.
27. Brasil. LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. [Internet]. [Planalto.gov.br](http://planalto.gov.br). 2022. Acesso em: 25 fev. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
28. Szklo M, Javier Nieto F. *Epidemiology: beyond the basics*. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc, p. 3- 51, 2000. Acesso em: 22 mar. 2025. Disponível em: https://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/j5j9A7_Epidemiology_Beyond_the_Basics-3_edition.pdf.
29. Rosário CA, Baptista TW de F, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*. 2020 Mar;44(124):17–31. Acesso em: 21 fev. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>.

30. Brasil. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988 [Internet]. planalto.gov.br. 1988. Acesso em: 25 fev. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.