



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIMENTOS NO BRASIL (1930-2018)
E NOS HOSPITAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (2011-2017)**

Rio de Janeiro

Junho de 2020



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIMENTOS NO BRASIL (1930-2018)
E NOS HOSPITAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (2011-2017)**

Renata dos Santos Lourenço

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientadoras: Ilce Ferreira da Silva
Valéria Saraceni

Rio de Janeiro

Junho de 2020

CIP - Catalogação na Publicação

Lourenço, Renata dos Santos.

Perfil epidemiológico dos nascimentos no Brasil (1930 a 2018) e nos hospitais no município do Rio de Janeiro (2011 a 2017). / Renata dos Santos Lourenço. - Rio de Janeiro, 2020.

207 f.; il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientadora: Ilce Ferreira da Silva.

Co-orientadora: Valéria Saraceni.

Bibliografia: f. 1-207

1. Nascimento vivo. 2. Tipo de parto. 3. Hospital público. 4. Hospital privado. 5. Perfil epidemiológico. I. Título.

“Plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende realmente que pode suportar, que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida” – Willian Shakespeare

Dedico este estudo a minha família...

Ao meu marido Alexandre, as minhas filhas Alice e Isabela, ao meu sobrinho e afilhado Miguel, aos meus pais Edmar e Vera, a minha sogra Lindaura, aos meus irmãos Patrícia e Igor, que contribuíram de corpo de alma para a conclusão desse curso.

Agradecimentos

À Deus por honras e glórias a todo momento. Gratidão à vida e por essa conquista.

Ao meu marido, Alexandre, pelo amor, paciência e parceria em família.

As minhas amadas filhas, Alice e Isabela, pela compreensão a minha ausência.

Ao meu sobrinho, Miguel, por compartilhar risadas e amor em família.

Aos meus pais, Edmar e Vera, pelo incentivo e força de seguir adiante.

À minha irmã e cunhado que com todo amor e carinho ficaram com as meninas.

À minha sogra que na reta final me proporcionou amor e carinho na quarentena.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Ilce Ferreira da Silva pelo seu acolhimento, amizade, parceria, confiança, paciência e pela preciosa orientação.

À Dr^ª Valéria Saraceni pela colaboração no desenvolvimento da dissertação com ideias e sugestões maravilhosas.

A todos os professores do mestrado, especialmente à Pr^ªDr^ª Carla Trevisan, que compartilharam seus saberes.

Aos amigos e colegas de turma, especialmente a Clara Magalhães, Carolina Aquino, Natália Moller, Raquel Ximenes, Renata Joviano, Tatiana Hamanaka que tornaram meus momentos únicos e inesquecíveis.

E em especial a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para essa conquista em minha vida. O meu muito obrigada!

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos nascimentos no Brasil (1930 a 2018) e nos hospitais no município do Rio de Janeiro (2011 a 2017), a partir de dados obtidos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e Registro Civil. **Método:** O presente estudo foi dividido em duas partes. Para avaliar o perfil epidemiológico dos nascimentos no Brasil, realizou-se uma revisão integrativa da literatura expressa em forma de artigo científico visando avaliar a evolução histórica dos nascimentos e partos. A busca eletrônica foi efetuada nas bases do SciELO e LILACS via BVS, Medline via PubMed e Google Scholar. A busca dos artigos sobre os locais e tipos de partos foram utilizados os descritores “live birth”, “nascimentos”, “nascidos vivos”, “SINASC”, “local de parto”, “município”, “partos vaginais”, “partos cesáreos”, “Brasil”, e suas variações. Foram incluídos na revisão os artigos, dissertações e teses com textos completos, publicados em português, inglês ou espanhol, realizados em locais com mais de 500 nascidos vivos. Em seguida foi realizado um estudo descritivo transversal na coorte de nascidos vivos nos hospitais do município do Rio de Janeiro entre 2011 a 2017. Foram coletadas as características sociodemográficas maternas, obstétricas e dos nascidos vivos, disponíveis na ficha de notificação de nascidos vivos. As análises foram efetuadas no *Statistical Package for Social Science 22.0* com um nível de significância de 5%. **Resultados:** Das 87 publicações identificadas no período de 1930 a 2018, 81,6% foram publicadas a partir da década de 90, sendo que 9 (10,34%) informavam sobre local, 27 (31,03%) sobre local e tipo, e 51 (58,63%) somente sobre tipo de parto. Os partos domiciliares diminuíram progressivamente entre a década de 30 (93,8%) e década de 60 (51,9%), sendo superados pelos partos hospitalares, que a partir da década de 70 aumentaram de 66,1% para 99% ao final da década de 2010. O parto vaginal foi o mais frequente entre década de 50 (97%) e 80 (56%) e foi superado pelos partos cesáreos que chegou a 80% ao final da década de 2010. No município do Rio de Janeiro, do total de 640.126 nascidos vivos entre 2011 a 2017, 99,2% ocorreram em hospitais. Nesse período, observou-se um aumento de mães com idade superior a 35 anos (16,4%) e redução proporcional de mães adolescentes (15,1%), 47,4% apresentaram ensino médio, 49,4% pardas, 62,6% solteiras, 98,9% das mães residiam no município do Rio de Janeiro, houve aumento do número de consultas do pré-natal (73,8%), com 81,1% da primeira consulta realizada no 1º trimestre gestacional, sendo 56,4% dos partos cesáreos. O setor público foi responsável pela a maioria dos atendimentos (65,56%), atendendo maior percentual de mães adolescentes (22,45%), escolaridade intermediária (54,67%), pardas (61,54%), solteiras (78,51%), com menor número de consultas no pré-natal (64,07%) e parto vaginal mais frequente (61,81%). Já no privado, destacou-se uma parcela de mães com idade ≥ 35 anos (26,85%), com ensino superior (51,01%), brancas (66,77%), casadas (59,78%), com mais de 7 consultas no pré-natal (92,58%), com maior percentual de primeira consulta realizada no 1º trimestre gestacional (94,34%) e com elevado percentual de cesarianas (91,05%). **Conclusão:** Entre o período de 1930 a 2018 no Brasil, o local de parto deixou de ser realizado no ambiente domiciliar e passou a ocorrer em hospitais, enquanto o tipo de parto deixou de ser vaginal a partir da década 50 e passou a ser majoritariamente cesáreo até o final da década de 2010. Já no município do Rio de Janeiro houve a predominância dos partos em ambiente hospitalar no período de 2011 a 2017 e um elevado percentual de parto cesáreos (56,39%), tanto no setor público (38,19%) quanto no privado (91,05%), sendo estatisticamente maior no setor privado.

Palavra-chave: Perfil epidemiológico. Nascimento vivo. Tipo de parto. Hospital público. Hospital privado.

ABSTRACT

Objective: to characterize the clinic-epidemiological profile of births in Brazil (1930-2018) and in hospitals in the city of Rio de Janeiro (2011-2017), from data gathered in The Information System about Live Births and civil record. **Methods:** This paper was divided in two sections. To evaluate the epidemiological profile of the births in Brazil was performed an integrative review of literature in papers aiming to analyze the historical development of births. In order to perform the electronic search were consulted the SciELO and LILACS databases through BVS, Medline through PubMed and Google Scholar. For the search of papers related to place and type of births were used the descriptors “live birth”, “nascimentos”, “nascidos vivos”, “SINASC”, “local de parto”, “município”, “partos vaginais”, “partos cesáreos”, “Brasil” and its variations. Were considered in this review the complete papers, Masters dissertations and thesis, published in Portuguese, Spanish or English with more than 500 births alive. Then was executed a transversal descriptive study in the cohort of living births in hospital in the city of Rio de Janeiro between 2011 and 2017. Were collected sociodemographic and obstetrics characteristics and also information about the births alive, available in the notification file of the alive births. The analysis were performed in Statistical Package for Social Science 22.0 with significance level of 5%. **Results:** Considering 87 publications between 1930 and 2018, 81,6% of them published from the '1990 decade, 9 (10,34%) informed about place, 27 (31,03%) about place and type and 51 (58,63%) only about type of childbirth. The home deliveries decrease progressively since the '30 decade (93,8%) until de '60 decade (51,9%), been overcome by the hospital deliveries from de '70 decade, increasing from 66,1% then to 99% at the end of the 2010 decade. The vaginal delivery were the most frequent between the '50 decade (97%) and the '80 decade (56%), and was overcome by the caesarean deliveries that reached 80% at the end of the 2010 decade. In the city of Rio de Janeiro, were 640.126 live births between 2011 and 2017, 99,2% of them in hospitals. In that time there were an increase of 35 years-old or more mothers (16,4%) and proportional decrease of teenage mothers (15,1%); the schooling was intermediate, with 47,4% of the mothers with high school graduation; 49,4% where brown race; 62,6% single, 98,9% living in the city of Rio de Janeiro; increase in the numbers of prenatal medical appointments (73,8%); 81,1% of the first prenatal medical appointment in the pregnancy first trimester; and 56,4% of cesarean delivery. The public healthcare was accountable for most of the deliveries (65,56%), with a higher percentage of teenagers mother (22,45%), with intermediate schooling (54,67%), brown race (61,54%), single (78,51%), with less prenatal medical appointments (61,54%) and vaginal delivery been the most common (61,81%). In the private healthcare, a significant portion older than 35 years (26,85%), high schooling with graduation (51,01%), white (66,77%), married (59,78%), with seven or more prenatal medical appointments (92,58%), with first one in the first trimester (94,34%) and a high percentage of caesarean deliveries (91,05%). **Conclusion:** Between 1930 and 2018 in Brazil, the place of birth was displaced from the household to hospitals. Regarding the mode of delivery, a shift from the vaginal to cesarean section started in the 1950 decade on, being mostly C-section by the end of the 2010 decade. In the city of Rio de Janeiro there were a predominance of childbirth in hospitals in the considered period and a high proportion of cesarean (56,39%) both in the public (38,19%) and the private sector (91,05%), far higher in private sector.

Keywords: Health profile. Live birth. Type of birth. Public hospital public. Private hospital.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABO	Sistema ABO
APGAR	Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade, Respiração
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DUM	Data da Última Menstruação
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização e Pré-natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)
RC	Rede Cegonha
RH	Fatores RH
RMM	Razão de Morte Materna
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UF	Unidade Federativa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
4.1 Histórico dos programas da assistência no período gravídico-puerperal no contexto da transição demográfica e epidemiológica brasileira.....	19
4.2 Local do parto e seus efeitos no perfil de nascimentos.....	26
4.3 A evolução dos tipos de parto.....	39
4.3.1 Modelos de assistência ao parto.....	42
4.3.2 Epidemiologia da cesárea.....	45
4.3.3 Epidemiologia do parto cesáreo: o papel do prestador de serviço.....	57
4.4 Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	62
5. MÉTODOS.....	66
5.1 Parte 1: Evolução dos locais de nascimentos e tipos de parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura.....	67
5.2 Parte 2: Descrição do perfil epidemiológico dos nascimentos nos hospitais no município do Rio de Janeiro: um estudo de base população.....	109
5.2.1 Delineamento do estudo.....	109
5.2.2 Local do estudo.....	109
5.2.3 População do estudo.....	109
5.2.4 Coleta de dados.....	110
5.2.5 Variáveis do estudo.....	110
5.2.6 Plano de análise dos dados.....	118
5.2.7 Aspectos éticos.....	119
5.3 Resultados.....	119
5.4 Discussão	139
5.5 Conclusão	150
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	153
APÊNDICE.....	186
ANEXO.....	203

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1	Gráfico 7. Proporção de nascidos vivos segundo estado civil das mães no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017	187
	Gráfico 8. Proporção de nascidos vivos segundo número de consultas pré-natal (A) e trimestre da 1ª consulta gestacional (B) no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2017, segundo prestador de em saúde	187
Apêndice 2	Tabela 6. Variáveis categóricas para as características maternas, obstétricas e dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017	188
Apêndice 3	Tabela 7. Avaliação da qualidade das publicações	194

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Plataforma IFF	203
Anexo 2	Submissão do artigo científico	204
Anexo 3	Formulário de Declaração do Nascido Vivo	205

LISTAS DE GRÁFICOS, FIGURAS, QUADROS E TABELAS

REFERENCIAL TEÓRICO

Quadro 1	Evolução histórica do local de ocorrência dos nascimentos no Brasil, de 1930 a 2018	32
Quadro 2	Evolução dos tipos de partos no Brasil, de 1947 a 2018	48

MÉTODOS

PARTE 1

Figura 1	Fluxograma da seleção dos estudos sobre o local de ocorrência dos nascimentos no Brasil	88
Figura 2	Fluxograma da seleção dos estudos sobre os tipos de partos no Brasil	89
Figura 3	Distribuições dos locais de nascimentos e tipos de parto no Brasil	90
Quadro 1	Evolução histórica do local de ocorrência dos nascimentos no Brasil, de 1930 a 2018	91
Quadro 2	Evolução dos tipos de partos no Brasil, de 1947 a 2018	98
Quadro 3	Características maternas, obstétricas e dos nascidos vivos	111

PARTE 2

Tabela 1	Características maternas, obstétricas e dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017	120
Tabela 2	Características sociodemográficas e obstétricas maternas no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017	122
Tabela 3	Características clínicas dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017	125
Gráfico 1	Proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 15 a 19 anos e ≥ 35 anos do município do Rio de Janeiro, 2011 a 2017	127
Gráfico 2	Proporção de nascidos vivos segundo escolaridade materna no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017	128

Gráfico 3	Proporção de nascidos vivos pelo número segundo raça materna no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017	129
Gráfico 4	Proporção de nascidos vivos segundo Proporção de nascidos vivos pelo número de consultas pré-natal materna no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017	129
Gráfico 5	Proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto e ano de nascimento no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017	130
Gráfico 6	Proporção de nascidos vivos segundo prestado de serviço em saúde no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2017	131
Tabela 4	Distribuição das características sociodemográficas e obstétricas maternas no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017	132
Tabela 5	Distribuição das características clínicas dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017	137

1. INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento são eventos biológicos naturais na vida reprodutiva da mulher, embora as práticas do nascimento sejam realizadas de maneiras diferentes por grupos distintos, devido a razões relacionadas a aspectos culturais e histórico da população. Além disso, as condições clínicas da mulher e do recém-nascido, o local de sua residência, o acesso aos serviços de saúde e informações sobre o ciclo gravídico puerperal, a tecnologia médica, a situação socioeconômica da gestante e da família também influenciam a escolha do tipo de parto (Domingues et al., 2014; Riscado et al., 2016; Pimentel & Oliveira-Filho, 2016).

As taxas de mortalidade materna e infantil seguem uma distribuição que reflete as desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde no mundo, de maneira que essas taxas são mais elevadas nos países em desenvolvimento e menores nos países desenvolvidos (Lisboa et al., 2015; Kikuchi et al., 2015, Brasil, 2017). No Brasil, essas taxas seguem o mesmo padrão de distribuição, de modo que a taxa de mortalidade infantil (TMI) em 1990 era em torno de 76 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV), alcançando patamar de 15 óbitos por 1.000 NV em 2015 nas regiões norte e nordeste, enquanto que nas regiões sul e sudeste as TMI passaram de 33 óbitos por 1.000 NV em 1990 para 12 óbitos por 1.000 NV em 2015 (Lisboa et al., 2015; Kikuchi et al., 2015, Brasil, 2017).

Por causa da magnitude deste problema, em 2000, foram criados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) pela Cúpula do Milênio das Nações Unidas. O quarto objetivo (ODM-4) estabelecido foi reduzir a mortalidade na infância em dois terços e apresentava como desafio a redução de mortes evitáveis em crianças de até 5 anos. O ODM-5 priorizou a melhora da saúde materna e teve como propósito reduzir a mortalidade materna em três quartos entre 1990 a 2015 (UN, 2015; WHO, 2015; Brasil, 2017).

Neste sentido, desde 2000, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu novas políticas e programas de assistência e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, como Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Rede Cegonha, Rede Amamenta Brasil, visando prevenir ou reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Em 2012, o Brasil atingiu a meta do ODM-4 com TMI de 16 óbitos por 1000 NV. Apesar da redução importante na mortalidade materna pela maioria dos países, o ODM-5 não foi alcançado nem pelo Brasil, nem pelos demais países participantes da Cúpula do Milênio. Deste modo, em 1990 a razão de mortalidade materna no país que era de 143 óbitos por 100.000 NV sofreu uma queda para 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2015 (Lisboa et al., 2015; Kikuchi et al., 2015, Brasil, 2017).

Dessa forma, os modelos de atenção ao parto foram associados a realização de partos cirúrgicos. O fenômeno mundial do aumento dos nascimentos por meio de cesarianas, bem como as características em diferentes países com relação à forma de organização de assistência à saúde devem ser contextualizados segundo as características socioculturais, econômicas e demográfica de cada população. Dessa forma, os modelos de assistência ao parto praticados em diferentes localidades também podem influenciar na escolha tipo de parto (Hotimsky et al., 2002; Patah, Malik, 2011; Pereira et al., 2015).

No Brasil, o modelo de assistência é o altamente medicalizado com divisão dos serviços públicos e privados. Embora, o modelo assistencial de saúde brasileiro apresente realidades totalmente distintas (Riscado et al., 2016; Oliveira et al., 2016), os percentuais de cesáreas continuam elevados tanto no setor público (35% a 40%) quanto no privado (70% a 90%), se comparados aos percentuais de cesarianas preconizados pela OMS de até 15% dos nascimentos (Campos & Carvalho, 2000; Mascarello et al., 2018). Ao longo dos anos, o parto cesáreo deixou de ser uma intervenção para melhorar desfechos de saúde (Liu et al., 2007; Guise et al., 2010; Geller et al., 2010, Cesar et al., 2011; Guimarães et

al., 2017) e passou a ser um “negócio”, onde prevalece os interesses econômicos inseridos em um “modelo medicalizado e mercantilizado” de atenção à saúde (Cardoso & Barbosa, 2012; Leão et al., 2013; Entringer, 2018).

Contudo, a medicalização dos partos e nascimentos associados ao modelo médico-intervencionista têm gerado grandes polêmicas e controvérsias no que diz respeito às técnicas e tecnologias que aos poucos se tornaram parte integrante do processo do parto (Teixeira et al., 2018; Lima et al., 2018). A cesariana, o excesso de intervenções médicas desnecessárias e a perda do domínio feminino sobre seu próprio corpo foram consequências e problemas que esse sistema causou a população. Diante disso, nasce o debate entre os profissionais de saúde e a sociedade contemplando temas como práticas profissionais, organização do sistema de saúde, movimentos sociais e humanização do parto (Lima et al., 2018).

Em 1993, ocorreu a implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no Rio de Janeiro, que tinha como meta o planejamento e implementação de ações em saúde, principalmente na área materno e infantil. Este sistema foi aprimorado e vem sendo utilizado na formulação de políticas no planejamento em saúde materno-infantil. Contudo, existem poucos estudos de base populacional sobre o perfil clínico-epidemiológico dos nascimentos no Brasil e no Rio de Janeiro. O município do Rio de Janeiro apresenta um padrão heterogêneo com relação a fatores econômicos e sociais, como por exemplo, áreas extremamente urbanizadas e com alta densidade demográfica. Essas características impõem disparidades no acesso aos serviços de saúde, de modo que aqueles com um poder aquisitivo mais elevado são mais prováveis de serem atendidos no setor privado, enquanto aqueles com baixa renda tendem a ser atendidos pelo setor público de saúde. Além disso, as mulheres que residem em áreas urbanas possuem um acesso a serviços de saúde com mais facilidade. Essa razão justifica-se pela concentração

de hospitais e maternidades em grandes cidades (Campos & Carvalho, 2000; Hotimsky et al., 2002; Patah & Makik, 2011). Contudo, a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), sugeriu que cerca de 70% da população no Rio de Janeiro está coberta pelo setor público de saúde (Brasil, 2017).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos nascimentos no Brasil de 1930 a 2018 e nos hospitais no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2017, a partir de dados obtidos no SINASC, segundo características sociodemográficas materna, obstétricas e dos nascidos vivos.

2. JUSTIFICATIVA

Os agravos de saúde relacionados ao ciclo gravídico-puerperal foram responsáveis por mais de um milhão de mortes de mulheres e crianças a cada ano no mundo. Por esse motivo, a redução da mortalidade materna e infantil tornaram-se ODM desde 2000. Apesar dos avanços observados no Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ainda considera as atuais taxas de morbimortalidade materna e infantis elevadas, sendo que estas estão maioritariamente relacionadas a intercorrências obstétricas evitáveis. A mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado na assistência do binômio mãe e filho tem sido um desafio para diminuir esses percentuais no país.

Para que a atenção obstétrica e neonatal possa melhorar e conseqüentemente reduzir os índices de morbimortalidade materna e infantil é preciso garantir melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade e humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal que engloba o pré-natal, parto, puerpério e pós-parto. Contudo, existem poucos estudos no Brasil, inclusive no Rio de Janeiro, que caracterizaram o perfil clínico-epidemiológico dos nascimentos com base de dados populacional, incluindo a caracterização do pré-natal, parto, puerpério e pós-parto.

Deste modo, o conhecimento sobre as características dos nascimentos em nível populacional do Rio de Janeiro assume grande relevância, pois permitiria a construção de indicadores epidemiológicos, demográficos e econômicos com base na realidade do município. Esses indicadores de saúde permitiriam o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas, programas e ações de saúde públicas na atenção materno-infantil, além de distinguir os grupos mais vulneráveis em termos de perfil sócio econômicos e demográficos, e de utilização de hospitais públicos e privados.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos nascidos vivos no Brasil e no município do Rio de Janeiro, segundo o local de nascimento, tipo de parto e prestador de serviços em saúde.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar a evolução dos nascimentos por locais de ocorrência e tipos de partos no Brasil no período de 1930 a 2018.

Descrever o perfil da coorte das mães de nascidos no período de 2011 a 2017 no município do Rio de Janeiro, de acordo com as características sociodemográficas, obstétricas e perinatais, segundo prestador de serviço de saúde.

Descrever o perfil da coorte de nascidos vivos no período de 2011 a 2017 no município do Rio de Janeiro, de acordo com os fatores demográficos, clínicos e de nascimento, segundo prestador de serviço de saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Histórico dos programas da assistência no período gravídico-puerperal no contexto da transição demográfica e epidemiológica brasileira

A transição demográfica nos países desenvolvidos, como França e Inglaterra, levou mais de um século para duplicar sua população idosa que passou de 7,0% para 14,0% durante o século XX. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil e outros países da América Latina (Argentina, Chile, Costa Rica, México), a mudança proporcional ocorreu em 40 anos. Sendo assim, a aceleração na transformação da estrutura etária para o envelhecimento populacional passou de 5,1% na década de 70 para 10,8% na década de 2000 (Araújo, 2012; OPAS, 2012). A trajetória do perfil epidemiológico-demográfico brasileiro, aninhados a diversas mudanças histórico sociais como a urbanização, melhoria na saúde pública, incrementos tecnológicos, inserção das mulheres no mercado de trabalho dentre outros, contribuíram para alteração do padrão demográfico com a queda da fecundidade e aumento da longevidade (Prata, 1992; Araújo, 2012; Vasconcelos & Gomes, 2012; Pereira et al., 2015).

Entre 1950 e 2010, o Brasil atravessou um processo de transição demográfica caracterizado pela mudança na estrutura etária com redução da mortalidade materno-infantil e envelhecimento populacional. No século XX entre as décadas de 40 e 50, o país teve um declínio significativo na taxa de mortalidade e níveis crescentes da fecundidade com o perfil de população jovem e com um rápido crescimento. A partir da década de 70, a redução da fecundidade desacelerou o processo de transição da estrutura etária brasileira com um cenário de estabilização do crescimento populacional com um perfil envelhecido e índices de crescimentos reduzidos até os dias de hoje (Carvalho & Wrong, 2008; Pereira et al., 2015). Nesse período, ocorreu a transformação da sociedade tradicional e rural com

elevadas taxas de fecundidade e mortalidade para uma sociedade moderna e urbana que apresenta declínio dos nascimentos e óbitos (Vasconcelos & Gomes, 2012; Araújo 2012).

O declínio na taxa de fecundidade ocorreu em todas as regiões do Brasil nos últimos 45 anos. Na década de 70, essa taxa era de 5,8 filhos por mulher e atualmente é de 1,69 filho por mulher. As taxas de fecundidade mais elevadas foram observadas nas regiões do Norte, especialmente nos estados como o Acre (2,39 filhos por mulher), Amazonas (2,20 filhos por mulher) e Amapá (2,20 filhos por mulher). As regiões Sul e Sudeste apresentaram as menores taxas de fecundidade do país, como observado em Santa Catarina (1,54 filho por mulher), Rio Grande do Sul (1,55 filho por mulher) e Rio de Janeiro (1,57 filho por mulher) (Carvalho & Garcia, 2003; ; Brasil, 2006; Carvalho & Wrong, 2008; Leone et al., 2010; Closs & Schwanke, 2012; Soares, 2013; Brasil, 2017). Apesar da redução significativa nas taxas de fecundidade e mortalidade, a mortalidade no Brasil atravessou grandes mudanças ao longo dos anos, com diminuição de doenças infectocontagiosas e surgimentos de doenças e eventos crônicos não contagiosos como doenças crônico-degenerativas. Concomitante a isso, as taxas de mortalidade materna e infantil passaram pelo mesmo processo, entretanto, seus patamares ainda continuam elevados e inaceitáveis pela OMS (Brasil, 2015; UN, 2015; WHO, 2015).

Assim, a mortalidade materna e infantil tem sido considerada um importante indicador de saúde e condições de vida de uma determinada população. Em 2000, a reunião da Cúpula do Milênio das Nações Unidas reuniu 196 nações que firmaram o compromisso para atingir oito objetivos a serem alcançados até 2015 (Brasil, 2014; UN, 2015; WHO, 2015). O ODM nº 4 visou a redução da mortalidade na infância que apresentava como desafio a cessação de mortes evitáveis em crianças de até 5 anos. Dessa forma, o objetivo foi a redução da mortalidade infantil em dois terços entre 1990 a 2015. O ODM nº 5 priorizava melhorar a saúde materna, que teve como propósito a redução de

mortalidade materna em três quartos ou declínio da Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 1990 a 2015 (Brasil, 2014; UN, 2015; WHO, 2015).

Apesar da mortalidade em crianças menores de 5 anos ter reduzido no Brasil de 91 óbitos por mil NV para 43 óbitos por mil NV entre 1990 e 2015, o ODM-4 não foi alcançado por diversas nações. O Brasil atingiu a meta da mortalidade na infância com 13,3 óbitos por mil NV em 2012. No entanto, países como França, Alemanha, Portugal, Israel e Japão apresentaram mortalidade infantil de 4 óbitos por mil NV. Além disso, alguns países da América Latina como Argentina (13 óbitos/1000 NV), Uruguai (10 óbitos/1000 NV) e Chile (8 óbitos/1000 NV) possuem percentuais menores de mortalidade na infância em comparação a do Brasil (16 óbitos/1000 NV). Assim, a redução da mortalidade infantil persiste como um grande desafio para o Brasil (Lisboa et al., 2015; Kikuchi et al., 2015, Brasil, 2017).

A redução da mortalidade materna em três quartos ou 35 óbitos por 100.000 NV até 2015 não foi alcançada em nível mundial. Nos países desenvolvidos, os resultados apontavam uma diminuição de aproximadamente 38% entre 1990 e 2015, com queda da RMM de 26 para 16 óbitos por 100.000 NV, onde a redução da mortalidade infantil constitui ainda um grande desafio. Enquanto, nos países em desenvolvimento o declínio foi ainda maior, caindo de 130 para 72 óbitos por 100.000 NV, representando uma queda em torno de 44% no período de análise (Lisboa et al., 2015; Kikuchi et al., 2015).

No Brasil, a melhora da saúde materna pode ser atribuída aos programas, portarias, ações de saúde, ampliação e melhoria da qualidade na atenção à saúde obstétrica e perinatal. Deste modo, em 1990 a razão de mortalidade materna no país que era de 143 óbitos por 100.000 nascidos vivos sofreu uma queda para 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2015, representando uma diminuição em torno de 56% no período. Em relação a taxa de mortalidade infantil (TMI), em 1990 essa taxa era de 47,1 óbitos por 1000

nascidos vivos, caindo para 13,3 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2015. Esta variação representou um decréscimo de 77% dos óbitos infantis (Rattner, 2009, Lisboa et al., 2015; Kikuchi et al., 2015, Brasil, 2017).

Desde então, desencadeou-se um debate de mais de duas décadas sobre o modelo de atenção ao parto no Brasil que tem como meta alcançar padrões aceitáveis nas taxas de mortalidade materna e infantil em comparação a outras nações, que apesar do declínio significativo nessas taxas seus valores ainda continuam em patamares elevados (Rattner, 2009, Lisboa et al., 2015; Kikuchi et al., 2015, Brasil, 2017). As mortes maternas evitáveis e desfechos perinatais resultaram de fatores biológicos, sociais, econômicos e assistenciais à saúde da mulher e da criança. A assistência pré-natal pode colaborar para desfechos favoráveis possibilitando a detecção e o tratamento de intercorrências precocemente, além de controlar fatores e situações de risco para saúde infantil e da mulher (Nagahama & Santiago, 2008; Viellas et al., 2014; Domingues et al., 2015).

Nesse contexto, alguns atores tornaram-se determinantes para saúde materno-infantil tais como: a qualidade e acesso a serviços de saúde, assistência pré-natal adequada, atenção ao parto e acompanhamento pós-natal. Além disso, eles corroboraram para o desenvolvimento de políticas governamentais em saúde pública, criação de programas, estratégias e ações que visam prevenir e/ou reduzir o risco de morbimortalidade e aprimorar a atenção na saúde de mulheres e recém-nascidos (Victoria et al., 2011; Leal & Gama, 2012; Domingues et al., 2013; Reis et al., 2014; Franciscatto et al., 2014; Renner et al., 2015; Pereira et al., 2015). O número de consultas pré-natal, idade gestacional na primeira consulta pré-natal, mortalidade materna e infantil são indicadores de acesso a serviços de atenção à saúde materno-infantil que também refletem condições socioeconômicas de um país (Carroli et al., 2001; Leal et al., 2004; Leitel et al., 2013; Dias et al., 2014; Viellas et al., 2014; Domingues et al., 2015).

A partir de 1990, umas das prioridades do MS foi aprimorar a qualidade da assistência obstétrica, reduzir as taxas de cesáreas e revalorizar o parto vaginal através de ações integradas com ênfase nos direitos das mulheres, na humanização da assistência e melhoria da atenção básica para garantir a assistência pré-natal durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim em 2000, foi implantado pelo MS o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 (Brasil, 2000) que estabeleceu elementos chave na assistência à gestação e ao parto como número de consultas, exames laboratoriais, ações de educação à saúde e acesso a serviços de saúde. O principal objetivo do programa foi garantir o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal desde o pré-natal até o pós-parto, além de assegurar melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde visando a redução da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2000; Serruya et al., 2004; Silva et al., 2005, Rattner, 2009; Victora et al., 2011; Leal & Gama, 2012; Domingues et al., 2013; Dias et al., 2014; Domingues et al., 2015).

O PHPN determinou parâmetros mínimos a serem cumpridos para o pré-natal ser considerado como adequado para gestante de baixo risco, tais como: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação sendo no mínimo seis consultas de pré-natal com a primeira consulta realizada no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre, três consultas no terceiro trimestre e uma consulta no puerpério até 42 dias no pós-parto; aferição da pressão arterial; mensuração do peso; exame das mamas em todas as consultas; exames laboratoriais (Sistema ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, urina, exame laboratorial para diagnóstico da sífilis, vírus da imunodeficiência humana) com resultados em até 15 dias; orientação do aleitamento materno e local de parto; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante, classificação do risco gestacional e discussão das práticas em saúde comparado a

modelos empregados a nível mundial. Considera-se os seguintes critérios como pré-natal parcialmente adequado: a primeira consulta realizada no segundo trimestre gestacional; três a cinco consultas de pré-natal; aferição da pressão arterial; mensuração do peso; exame das mamas em todas as consultas; e realização de pelo menos de três a cinco exames laboratoriais citados acima (WHO, 2000; Davis, 2001; Pittrof et al., 2002; Serruya et al., 2004; Silva et al., 2005; Victora et al., 2011; Leal & Gama, 2012; Domingues et al., 2013; Dias et al., 2014; Domingues et al., 2015).

Dessa forma, em 2003, o MS por meio portaria nº 653/GM (Ministério da Saúde, 2003), estabeleceu que óbito materno passaria a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores, condições e causas determinantes das mortes maternas e adoção de parâmetros que possam evitar o aumento das mesmas. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi elaborado em 2004 como um modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos ODM com a finalidade de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal por meio da participação dos gestores das três esferas de governo e da sociedade. O Pacto tem como meta a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para o Brasil atingir os índices aceitáveis pela OMS a médio prazo (Brasil, 2004).

Em 2005, o MS por meio da Lei Federal nº 11.108 instituiu o direito à mulher a um acompanhante durante o parto. Essa lei ficou conhecida como Lei do Acompanhante que determina, tanto nos serviços públicos quanto nos serviços privados, foram obrigados a permitir um acompanhante indicado pela a gestante durante o trabalho de parto e pós-parto. Já em 2008, a Rede Amamenta Brasil, instituída pela Portaria nº 2.799 (Ministério da Saúde, 2008), foi uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica e a necessidade do mesmo ser compreendido pelo profissional de saúde e pela sociedade e como um processo fisiológico, social e cultural (BRASIL,

2011). O direito a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato das parturientes foi assegurado pela lei nº 11.108/2005 (Ministério da Saúde, 2005).

Outra ação estratégica realizada pelo MS em 2011, para ratificar o PHPN, foi a Rede Cegonha (RC) criada e normatizada pela Portaria nº 1.459 (Ministério da Saúde, 2011) com os objetivos: implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta um melhor acesso na qualidade na assistência do pré-natal, na atenção ao parto e ao puerpério até os 24 meses de vida da criança; ter uma rede de atenção organizada que garanta o acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir da mortalidade materna e infantil (neonatal e menores de 5 anos). Esse conjunto de medidas garantiria a toda mulher brasileira um atendimento seguro, adequado e humanizado desde a gravidez até o pós-parto, tendo como referência o posto de saúde, além de direitos como planejamento do parto, auxílio de deslocamento até o posto de saúde para realização do pré-natal e para maternidade em forma de vale-transporte ou vale-táxi (Victora et al., 2011; Leal & Gama, 2012; Cavalcanti et al., 2013; Martinelli et al., 2014; Domingues et al., 2015).

Contudo, a institucionalização médica do tipo parto e o número crescente de cesáreas ocasionaram o uso indiscriminado de cesarianas nas últimas décadas, embora essa prática possa trazer risco de morte tanto para mãe quanto para os recém-nascidos. Estudos realizados no período de 1999 a 2012 demonstraram que mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes maior de morrer e 5 vezes mais chances de ter infecção puerperal com relação as que fizeram parto normal (Brasil, 2012; Brasil, 2017). Diante disso, o MS, por meio da portaria nº 306, outorgou as diretrizes de atenção à gestante quanto a operação cesariana considerando as necessidades de se estabelecerem parâmetros e recomendações a esse procedimento em nível nacional, diretrizes para sua

utilização e acompanhamento obstétrico das mulheres que fizeram cesárea (Brasil, 2016).

Nesse cenário, a política de humanização da assistência ao ciclo gravídico- puerperal na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) asseguraria à mulher os benefícios dos avanços científicos para conceder o exercício da cidadania, autonomia decisória com garantia da privacidade, acesso a consultas e exames, informações e novos procedimentos e tratamentos médicos. Dessa maneira, existiria uma proteção da parturiente quanto a intervenções desnecessárias, as diversas condutas e decisões compartilhadas com as mulheres constituindo vínculos baseados em preceitos éticos, sociais, culturais e profissionais (Mott, 2002; Nagahama & Santiago, 2005; Victora et al., 2011; Leal & Gama, 2012; Domingues et al., 2013; Dias et al., 2014; Domingues et al., 2015). No entanto, historicamente, o ato de partear tornou-se um processo centrado no médico e a mulher perdeu a autonomia das decisões e de seu próprio corpo. Na década de 80, a OMS fez severas críticas a medicalização do parto com recomendações e procedimentos que deveriam ser adotados em todo o mundo. Dessa forma, o modelo de assistência obstétrica no Brasil passou por transformações com a preconização do parto humanizado, na tentativa de prestar uma assistência integral e humanizada à mulher através do olhar diferenciado pelo profissional de saúde e um ambiente acolhedor as parturientes (Maldonado, 2002; Vandrúscolo & Krueel, 2015).

4.2 Local do parto e seus efeitos no perfil de nascimentos

O parto sempre foi entendido como fenômeno fisiológico da mulher e um ato não médico, de modo que o partear fazia parte de um evento natural do universo feminino (Nagahama & Santiago, 2008; Domingues et al., 2014; Riscado et al., 2016; Pimentel & Oliveira-Filho, 2016). No início do século XVII, a Europa protagonizou o início da medicalização dos partos e nascimentos, em países como Inglaterra, França e Alemanha,

consolidando-se de fato no século XX no período pós-guerra, que foi um marco de grandes avanços médicos e tecnológicos. Com a criação de maternidades e hospitais para atenção à mulher na Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos na segunda metade do século XIX, e no Brasil no início do século XX, inicia-se uma nova trajetória da história de atenção ao parto e nascimentos no mundo. A medicalização do parto, incluindo a padronização do hospital como o local mais adequado para que o parto acontecesse, inicialmente tinha como argumento principal a ideia de “civilizar” o mesmo, especialmente para a classe mais pobre, objetivando garantir o êxito na prática obstétrica, tornando-a segura e confiável para toda a população. Disseminou-se também a predominância da ciência médica no cuidado tanto da saúde da mulher quanto no período perinatal (Mott, 2002; Palharini et al., 2018).

No Brasil, até as últimas décadas do século XIX, o parto acontecia em ambiente domiciliar, íntimo e familiar, sendo considerado um local seguro, acolhedor e compartilhado somente entre as mulheres e a parteira. Por questões que envolviam intimidades, os homens não participavam desse momento. Além do mais, o parto era desvalorizado para a atividade médica devido ao desconhecimento técnico-científico sobre obstetrícia, sendo designado aos cuidados femininos (Galvão, 2001). A presença do médico era solicitada somente quando houvesse alguma intercorrência e a parteira não conseguisse dar continuidade ao processo de parturição, ou seja, para a realização de procedimentos mais complexos no parto (Nagahama & Santiago, 2008; Leister, 2011).

Além de realizar partos, as parteiras tinham o papel de cuidados da saúde da mulher como o pré-natal, puerpério, cuidado ao recém-nascido, aconselhamento e orientações quanto a fertilidade e doenças femininas (Leão, 2013; Nakano, 2015). No final do século XIX, surgiram os primeiros leitos obstétricos em hospitais e maternidades para assistência a mulheres com baixo poder aquisitivo. Nas duas primeiras décadas do

século XX, o parto domiciliar ainda era muito praticado em todas as classes sociais. Entretanto, era visto pelos médicos como mais dispendioso e com risco maior à saúde da parturiente (Leister, 2011). Para a classe médica, a hospitalização do parto era um ideal a ser atingido, apesar das condições insatisfatórias dos hospitais e maternidades, como a falta de leitos e áreas isoladas para as mulheres, serviços precários de pré-natal, falta de médicos e parteiras para o momento do parto (Mott, 2002; Nagahama & Santiago, 2008; Leal & Gama, 2012).

Entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial ocorreu intensificação dos hospitais e leitos brasileiros para atendimentos dos feridos. As reformas sanitaristas sucederam uma transformação no paradigma de valorização da saúde materna e infantil e o parto hospitalar passou a consolidar-se a partir desse momento. Neste período, um grande número populacional passou a representar riqueza e poder para o país. Além disso, após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram incríveis avanços médicos e tecnológicos que foram incorporados na área médica como assepsia, cirurgia, anestesia e uso de antibiótico que contribuíram para redução dos riscos hospitalares incluindo infecções hospitalares e ampliação do uso de intervenções, o que resultou no aumento gradativo de partos cesáreos (Almeida & Tanaka, 2009; Palharini et al., 2018).

A partir da década de 60, a medicalização do parto e nascimento no Brasil ocorreram de fato. A transferência do parto domiciliar para o ambiente hospitalar foi simultânea a alguns eventos no país como o desenvolvimento de tecnologias como fórceps e anestesia peridural, a profissionalização da medicina, a urbanização, a industrialização, a modernização da economia quanto ao acesso e ao consumo, a reformulação de políticas e modelo em saúde, a valorização da escolaridade, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, e o uso de métodos contraceptivos. A institucionalização dos partos ocasionou uma redução da morbimortalidade materna e

perinatal e propiciou uma maior segurança ao partear e melhores condições de controle da dor com a anestesia e analgesia (Gualda, 1994).

Os estudos de base populacional realizados no Brasil sobre o local de ocorrência dos partos surgiram de forma rápida e progressiva nas diversas regiões do país (Quadro 1). A partir de 1930, dois estudos realizados no Rio de Janeiro e em São Paulo, grandes capitais brasileiras, demonstraram que mais de 90% dos partos ocorriam em ambiente domiciliar sendo conduzido por parteiras enquanto os médicos que faziam parto em casa tinham o auxílio de parteiras experientes (Braga, 1937; Fontenelle, 1938). Nas décadas de 30 e 40, observou-se um crescimento significativo no número de hospitais, maternidades e casas de saúde, com leitos gratuitos para a classe mais pobre da população (Mott, 2002). Nos anos 40 e 50, dois estudos realizados em São Paulo e Salvador, apontaram que cerca de 70% dos partos eram domiciliares (Goffi, 1948; Santos, 1955). Um estudo realizado em São Paulo entre 1950 e 1967 com 76.946 nascidos vivos, observou-se que o número de nascimentos que ocorreram em ambiente domiciliar diminuiu consideravelmente de 70% para valores em torno de 52% (Yunes, 1969).

A partir da década de 70, com a medicalização efetiva dos partos e nascimentos, os partos em ambiente hospitalares passaram de 50%. Nos anos 80, dois estudos realizados em Piauí e São Paulo, respectivamente, indicaram que os partos em ambiente hospitalar eram em torno de 80% dos nascidos vivos, enquanto os nascimentos no domicílio eram de 16,5% (Portela, 1989; D'Oleo & Fávero 1992), embora no período de 1964 e 1985 houvesse poucas publicações sobre o perfil epidemiológico de nascidos vivos na população brasileira (Quadro 1). A dificuldade de informações neste período deve-se provavelmente ao fato de que o Brasil passou por governos militares, marcados por atos institucionais que censuravam as informações, impunha a perseguição política,

com repressão àqueles que eram contrários ao regime militar (Portela, 1989; D'Oleo & Fávero 1992).

Antes do ano de 1990, o sistema de informações sobre nascidos vivos no Brasil teve como origem os dados provenientes do Sistema de Registro Civil fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Entretanto, as informações eram baseadas nos nascimentos registrados em cartório e apresentavam como desvantagem os níveis variados de sub-registros nas diferentes regiões do país. Com isso, essas informações não refletiam necessariamente a realidade de nascidos vivos, sendo questionável tanto sua abrangência quanto a autenticidade de dados e cobertura total de nascimentos (Mello Jorge, 1983; Mello Jorge et al., 2007). A partir de 1990 o MS implantou o SINASC, que teve como propósito conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos no Brasil por meio de dados sobre os recém-nascidos, da mãe, do pré-natal e do parto apresentando variáveis como o peso ao nascer, a duração da gestação, o tipo de parto, a idade da mãe e o número de partos. O SINASC é um sistema de informação de âmbito nacional com base na Declaração de Nascidos Vivos (DNV), que é o documento emitido pelos estabelecimentos de saúde. Entretanto, a impossibilidade de emissão do mesmo ocorreria uma busca ativa por meio do Registro Civil (Mello, 1993; Silva et al., 1997).

Diante desse cenário, na década de 90, o Brasil presenciou um rápido declínio do parto domiciliar e a hospitalização do mesmo em quase sua totalidade sendo o número de partos realizados em ambiente hospitalar maior que 98%. Nos anos 2000, o MS incluiu o local de nascimento no sistema do SINASC. Deste modo, alguns estudos demonstraram que o parto hospitalar atingiu um percentual maior que 95% (Quadro 1). Em locais urbanos, como Rio de Janeiro e São Paulo, a hospitalização dos partos alcançou um patamar de 99% (Mello et al., 1993; Silva et al., 1997; Morcillo et al., 2010). Mesmo nas

áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do país, os partos hospitalares atingiram percentuais maiores que 95% (Oliveira et al., 2007; Carvalho et al., 2014; Santos et al., 2017). Contudo, observou-se que em regiões menos desenvolvidas do país onde o acesso de serviços de saúde é precário, o percentual de partos em outros locais foi maior do que em regiões mais desenvolvidas que apresentam um melhor acesso a serviços de saúde públicos e privados (Almeida et al., 2012; Cavalcanti et al., 2013; Carvalho et al., 2014; Santos et al., 2017; Ribeiro et al., 2018).

Quadro 1. Evolução histórica do local de ocorrência dos nascimentos no Brasil, de 1930 a 2018.

Autor/Ano	Período/Local	Base de dados	População *	Local do parto **
BRAGA, 1937	1930 / São Paulo, BRA	Registro civil	18.000 NV	Hospitais ou maternidades: 5,00% / Parteiras diplomadas: 10,00% / Domicílio: 85,00%
FONTENELLE, 1938	1936-1938 / Rio de Janeiro, BRA	Registro civil	8.316 NV	Hospital: 10,00% / Domicílio: 90,00%
GOFFI, 1948	1945 / São Paulo, BRA	Registro civil	39.404 NV	Hospital: 29,60% / Domicílio: 70,40%
SANTOS FILHO, 1955	1947-1954 / Salvador, BA	Registro civil	5.199 NV	Hospital: 26,01% / Domicílio: 73,99%
YUNES, 1969	1961-1967 / São Paulo, BRA	Registro civil	954.987 NV	Hospital: 48,08% / Domicílio: 51,92%

continua

continuação

YUNES, 1969	1961-1967 / São Paulo, BRA	Registro civil	954.987 NV	Hospital: 48,08% / Domicílio: 51,92%
ALMEIDA, 1979	1977 / Salvador, BA	Registro civil	472 NV	Hospital: 96,00% / Domicílio: 4,00%
TANAKA et al., 1989	1980-1984 / São Paulo, BRA	Registro civil	454.220 NV	Hospital: 89,60% / Domicílio: 10,03% / Ignorados: 0,10%
PORTELA, 1989	1983-1984 / Piripiri, PI	Registro civil	2.094 NV	Hospital: 99,75% / Domicílio: 0,15% / Ignorados: 0,10%
D'OLEO, FÁVERO, 1992	1988 / Ribeirão Preto, SP	Registro civil	126.297 NV	Hospital: 99,10% / Domicílio: 0,40% / Outros: 0,50%
MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1993	1992 / São Paulo, BRA	SINASC	15.142 NV	Hospital: 99,60% / Fora do hospital: 0,40%

continua

continuação

RODRIGUES <i>et al.</i> , 1997	1992-1994 / Belo Horizonte, MG	SINASC	119.732NV	Hospital: 99,80% / Domicílio: 0,20% / Ignorados: 0,007%
MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1997	1994 / Londrina, PR	SINASC	4.292 NV	Hospital: 99,70% / Domicílio: 0,20% / Ignorado: 0,10%
SILVA <i>et al.</i> , 1997	1993-1996 / Rio de Janeiro, BRA	SINASC	388.495 NV	Hospital: 99,90% / Domicílio: 0,10%
HELENA, WISBECK, 1998	1994-1997 / Blumenau, SC	SINASC	18.660 NV	Hospital: 99,70% / Domicílio: 0,20% / Outros lugares: 0,10%
MASCARENHAS <i>et al.</i> , 2006	2000-2002 / Piripiri, PI	SINASC	3.636 NV	Hospital: 99,60% / Domicílio: 0,40%

continua

continuação

OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2007	2000-2003 / Maranguape, CE	SINASC	5.032 NV	Hospital: 98,80% / Domicílio: 1,20%
MORCILLO <i>et al.</i> , 2010	2001-2005 / Campinas, SP	SINASC	13.656 NV	Hospital: 99,80% / Domicílio: 0,20%
LIMA <i>et al.</i> , 2012	2001-2005 / Serra, ES	SINASC	32.275 NV	Hospital: 99,80% / Ignorado: 0,20%
SILVA <i>et al.</i> , 2009	2006 / São Paulo, BRA	SINASC	154.676 NV	Hospital: 99,35% / Domicílio: 0,30% / OES: 0,35%
GABANI <i>et al.</i> , 2010	1994-2007 / Londrina, PR	SINASC	105.776 NV	Hospital: 99,64% / Domicílio: 0,23% / Outros: 0,13%
RODRIGUES, ZAGONEL, 2010	2000-2008 / Foz do Iguaçu, PR	SINASC	49.742 NV	Hospital: 99,45% / Outros: 0,55%

continua

continuação

MOTTA <i>et al.</i> , 2011	2008 / Brasília, DF	SINASC	44.119 NV	Hospital: 99,90% / Outros: 0,10%
CAVALCANTI, 2012	2009 / Goiana, PE	SINASC	1.230 NV	Hospital: 99,51% / Domicílio: 0,41% / OES: 0,08 %
CRAVO, OLIVEIRA, 2012	2010 / Aracajú, SE	SINASC	9.367 NV	Hospital: 99,51% / Domicílio: 0,40% / OES: 0,03% / Outros: 0,06%
CARVALHO <i>et al.</i> , 2014	2008-2011 / Rio Grande do Norte, BRA	SINASC	196.632 NV	Hospital: 97,80% / Domicílio: 0,20% / OES: 1,90% / Outros: 0,10%
OLIVEIRA, CARNIEL, 2013	2012 / Ji-Paraná, RO	SINASC	2.450 NV	Hospital: 99,55% / Domicílio: 0,12% / OES: 0,12% / Outros: 0,20%
REGO, MATÃO, 2016	2010-2012 / Goiânia, GO	SINASC	31.024 NV	Hospital: 99,00% / Domicílio: 0,30% / OES: 0,50% / Outros: 0,20%

continua

continuação

CORREIO <i>et al.</i> , 2016	2011-2013 / Chapecó, SC	SINASC	5.918 NV	Hospital: 99,70% / Domicílio: 0,20% / Outros: 0,10%
RIBEIRO <i>et al.</i> , 2018	2000-2013 / Teresina, PI	SINASC	200.968 NV	Hospital: 99,0% / Domicílio: 0,09% / OES: 0,90% / Outros: 0,01%
FERREIRA <i>et al.</i> , 2018	1994-2014 / Belo Horizonte, MG	SINASC	738.314 NV	Hospital: 99,60% / Domicílio: 0,20% / OES: 0,05% / Outros: 0,05% / Ignorado: 0,10%
BONILHA <i>et al.</i> , 2015	2001-2014 / São Paulo, BRA	SINASC	2.713.146 NV	Hospital: 99,68% / Ignorado: 0,32%
SANTOS <i>et al.</i> , 2017	2005-2015 / Piauí, BRA	SINASC	588.473 NV	Hospital: 95,10% / Domicílio: 1,20% / OES: 3,60% / Outros: 0,09% / Ignorado: 0,01%

continua

continuação

SILVA, 2018	2011-2015 / Caruaru, PE	SINASC	98.568 NV	Hospital: 99,17% / Domicílio: 0,37% / OES: 0,24% / Outros: 0,22%
ÁVILA <i>et al.</i> , 2019	2010-2016 / Goiás, BRA	SINASC	575.850 NV	Hospital: 99,50% / Domicílio: 0,19% / Outros: 0,31%
DANTAS, COSTA, 2019	2012-2016 / Sergipe, BRA	SINASC	169.840 NV	Hospital: 99,03% / Domicílio: 0,50% / OES: 0,16% / Outros: 0,30% / Ignorado: 0,002%
SALEH <i>et al.</i> , 2019	2003-2018 / São Paulo, SP	SINASC	2.559.496 NV	Hospital: 99,07% / Domicílio: 0,03% / Ignorado: 0,001%

*NV: nascidos vivos. **OES: outros estabelecimentos de saúde.

4.3 A evolução dos tipos de parto

A gravidez e o nascimento tendem a ser eventos biológicos naturais na vida reprodutiva da mulher. Apesar do parto ser um processo universal e fisiológico do corpo feminino, as práticas do nascimento foram realizadas de maneiras diferentes por grupos distintos devido razões relacionadas a aspectos culturais e históricos de uma população. Além desses fatores, as condições clínicas da mulher e do feto, o local de sua residência, o acesso aos serviços de saúde e informações sobre o ciclo gravídico puerperal, a tecnologia médica, a situação socioeconômica da gestante, e da família determinaram o tipo de parto (Domingues et al., 2012; Riscado et al., 2016; Pimentel & Oliveira-Filho, 2016). Assim, ele pode ocorrer por via vaginal (parto normal) ou via abdominal (cesárea ou parto cirúrgico). O mais importante nesse processo de parturição é assegurar a integridade física da mãe e proporcionar um nascimento seguro para o recém-nascido (Santos et al., 2011; Dias et al., 2014; Viellas et al., 2014; Santos et al., 2015).

Apesar do aumento da hospitalização do parto e a medicalização do ciclo gravídico puerperal, a partir da segunda metade do século XX, a evolução da obstetrícia aconteceu de forma lenta e gradativa. Por questões de medo, insegurança e falta de informações das mulheres, o parto vaginal antes realizado em casa com auxílio das parteiras e de mulheres da família deixou de ocorrer em um ambiente domiciliar, privado e acolhedor e passou a acontecer em um espaço institucionalizado. No ambiente hospitalar, as regras e as rotinas ao tratamento passam a ser centrados na autoridade e poder médico em nome do que é científico, com a submissão da mulher aos procedimentos adotados, sem autoridade e o poder de decisão sobre seu corpo e o momento do parto (Santos et al., 2015; Nicida, 2018). Paralelo a isso, o parto vaginal passou a ser visto pelas mulheres como uma experiência traumática e dolorosa, apesar da breve recuperação no pós-parto. Diante dessa situação, a cesariana surge como uma forma de parto rápido, seguro e

indolor, embora esse procedimento médico traga risco de morte materna, além de impor uma reabilitação pós-cirúrgica demorada, dolorida e com risco de complicações infecciosas (Santos et al., 2015; Teixeira et al., 2018).

A OMS preconizou que a maioria (85-90%) dos partos sejam normais de modo que o parto vaginal foi considerado o mais seguro e saudável para o nascimento de uma criança. O parto normal é um desfecho de uma gravidez e pode ser entendido como um processo fisiológico da mulher de início espontâneo, de baixo risco e com a menor intervenção técnica possível. A criança nasce espontaneamente em apresentação cefálica entre 37 e 42 semanas completas de gestação (Patah & Malik, 2011; WHO, 2015; Brasil, 2017). Esse tipo de parto possibilita vínculo precoce da mãe e recém-nascido por meio do contato pele a pele e com o aleitamento materno nas primeiras horas de vida. Além disso, outros benefícios desse tipo de parto são: a recuperação materna rápida após o processo de parto; os baixos índices de infecção já que se trata de um procedimento não invasivo; a compressão pulmonar pela via de parto propiciando uma maturação pulmonar; os índices reduzidos de hemorragia; o menor risco de morte materna e infantil; e o menor custo aos serviços de saúde (Cesar et al., 2011; Guimarães et al., 2017).

Por outro lado, a cesárea tem sido considerada um procedimento cirúrgico de exceção, com a extração do feto por via abdominal, indicada para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gestação ou em trabalho de parto (Leal & Gama, 2012; Nakano, 2015; Palharini et al., 2018). Embora, essa intervenção tenha contribuído para a redução da morbimortalidade materna e infantil (Liu et al., 2007; Guise et al., 2010; Geller et al., 2010; Viellas et al., 2014; Domingues et al., 2015), sua indicação deve ser criteriosa e justificada sua necessidade clínica. A realização da cesariana sem indicação clínica pode ocasionar piores desfechos para a mulher e a criança como maior mortalidade materna, perinatal e neonatal, processos infecciosos e hemorrágicos,

histerectomia, internação em unidade de terapia intensiva (UTI) tanto da mãe quanto o recém-nascido, problemas de cicatrização, maior permanência hospitalar dentre outros e um tempo prolongado para recuperação da mulher no pós-parto (Domingues et al., 2012; Domingues et al., 2015).

De um modo geral, as principais causas para indicação do parto cesáreo inclui: a desproporção céfalo-pélvica, a apresentação pélvica, o sofrimento fetal agudo, as anomalias congênitas, a má posição fetal, a centralização fetal, a placenta prévia oclusiva, a procidência de cordão, o herpes genital ativo, a infecção por HIV, a hipertensão arterial induzida ou não pela gravidez, as gestações múltiplas, e a presença prévias de cesarianas (Villar et al., 2001; Souza et al., 2010; Freitas & Fernandes, 2016). Os critérios para a definição da via de parto relacionam-se ao estado de saúde da mulher e o acompanhamento que teve durante o pré-natal. A assistência pré-natal à gestante deveria começar no primeiro trimestre gestacional. Esse acompanhamento possibilita cuidado, apoio e informações a gestantes e seus familiares como a realização de exames clínicos e laboratoriais para conhecer o estado de saúde geral da gestante, conceder orientações sobre a gestação, a amamentação, o trabalho de parto indicando os sinais e sintomas clínicos frequentes e os cuidados primários ao recém-nascido (Domingues et al., 2012; Viellas et al., 2014; Lima et al., 2018).

O avanço da medicina moderna contribuiu para o conhecimento da assistência à mulher durante o parto, pós-parto e puerpério, a identificação de risco quanto a gestante e ao recém-nascido e para o uso do procedimento cirúrgico com indicações clínicas quando houver necessidade (Victora et al., 2011; Domingues et al., 2015; Santos et al., 2016). Contudo, a medicalização dos partos e nascimentos com o modelo médico intervencionista têm gerado grandes polêmicas e controvérsias no que diz respeito às técnicas e tecnologias que aos poucos tornaram-se parte integrante do processo do parto.

A utilização inoportuna e dispensável de técnicas, procedimentos, condutas e práticas tem sido alvo de grandes discussões entre mulheres e profissionais de saúde para que sejam usados com equilíbrio nos partos e nascimentos (Dias et al., 2014; Teixeira et al., 2018; Lima et al., 2018). A cesariana, o excesso de intervenções médicas desnecessárias e a perda do domínio feminino sobre seu próprio corpo foram consequências e problemas que esse sistema causou a população. Diante disso, nasce o debate entre os profissionais de saúde e a sociedade contemplando temas como práticas profissionais, organização do sistema de saúde, movimentos sociais e humanização do parto (Lima et al., 2018).

4.3.1 Modelos de assistência ao parto

Os modelos de atenção ao parto estão associados a realização de partos cirúrgicos. O aumento dos nascimentos por meio de cesarianas sendo um fenômeno mundial bem como as características em diferentes países com relação à forma de organização de assistência à saúde devem ser contextualizados segundo as características socioculturais, econômicas e demográfica de cada população. Dessa forma, os modelos de assistência ao parto praticados em diferentes localidades podem influenciar na escolha do tipo de parto (Hotimsky et al., 2002; Patah & Malik, 2011).

Os modelos de saúde adotados para assistência ao parto possuem diversas peculiaridades como: a organização de assistência à saúde, modelo político e grau de intervenção e participação do Estado nos diversos níveis de assistência, o modelo obstétrico de atendimento ao parto, a formação de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar para atendimento as gestantes, o local de ocorrência do parto, a forma de remuneração da prestação de serviço dos profissionais de saúde quanto ao tipo de parto realizado pela mulher, dentre outros (Patah & Malik, 2011). Os modelos de assistência obstétrica ao parto adotados pelos países foram classificados de acordo com o grau de

intervenção médica, tais como: o modelo altamente medicalizado ou tecnicista, o modelo intermediário ou misto e o modelo menos medicalizado ou humanizado (Wagner, 2001; Patah & Malik, 2011).

O modelo de atenção altamente medicalizado ou tecnicista caracteriza-se pelo uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetras. Os médicos obstetras tornaram-se responsáveis por toda assistência à mulher desde o acompanhamento pré-natal, na assistência ao parto vaginal ou cesáreo e no puerpério e o parto realizado em ambiente hospitalar (Wagner, 2001; Patah & Malik, 2011). Esse modelo foi observado nos EUA, Irlanda, Rússia, República Checa, França, Bélgica e Brasil (Wagner, 2001). Nesses países, os percentuais de cesáreas são mais elevados comparados ao modelo humanizado, porque o modelo medicalizado o parto cesáreo é o tipo mais comum entre as mulheres.

No Brasil, o percentual de partos cesáreos era de cerca 15% em 1970, passando para 38% em 2001, subindo para 48,8% em 2008 e alcançando em 2009 um percentual de 50,1%, estimativa que ultrapassa um número de partos vaginais (Quadro 2). As cesarianas representam 35% dos partos do SUS e mais de 80% dos partos no setor privado (Victora et al., 2011). Além disso, o parto cesáreo está associado à escolaridade, situação socioeconômica, com taxas maiores em mulheres com maior poder aquisitivo e melhor acesso a serviços de saúde (Oliveira et al., 2016). As mulheres que são atendidas e acompanhadas no setor privado podem escolher o médico que irá acompanhar toda a sua gestação. Dessa forma, a gestante tem um vínculo médico-paciente. Já no setor público, a mulher não possui escolha do profissional. Elas serão atendidas pelo obstetra plantonista. Com isso, a incidência de cesáreas ascende no serviço privado seja a pedido da paciente, ou por conveniência médica, ou até mesmo pela forma de remuneração para esse tipo de parto (Potter et al., 2001; Nascimento, 2003; Mendoza-Sassi et al., 2010; Meller & Schäfer, 2011; Guimarães et al., 2017; Saleh et al., 2019).

Com relação ao modelo de assistência intermediário ou misto, como na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália, caracteriza-se pelo uso de tecnologia médica, sendo grande maioria dos partos realizados em ambiente hospitalar. As gestantes e puérperas são assistidas por médicos generalistas e obstetrites (Wagner, 2001; Patah & Malik, 2011). Entre os países citados nesse modelo, a Grã-Bretanha chama atenção pelo aumento do percentual de cesárias que em 1980 era cerca de 8,2%, passou a 11,3% em 1990 e alcançou em percentual de 23,7% em 2010. Essas estimativas demonstram que em 40 anos, o percentual de cesariana subiu na Grã-Bretanha quase quatro vezes, mas ainda permaneceram bem menores do que os percentuais observados em países com sistemas altamente medicalizados (Ye et al., 2016).

Já o modelo de atenção ao parto menos medicalizado ou humanizado é reconhecido pela maior participação das obstetrites na assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal e menor frequência de intervenções médicas. O parto predominante é o vaginal ou normal realizado em ambiente domiciliar ou em centros obstétricos humanizados que são encontrados nos países escandinavos, Holanda e Nova Zelândia (Wagner, 2001; Patah & Malik, 2011). O modelo holandês merece destaque pela baixa taxa de cesárea em comparação a outros países desenvolvidos. A assistência ao parto é realizada fora do hospital por parteiras e quando ocorre complicações ou suspeitas delas no parto, as parturientes são encaminhadas para o hospital. Em torno de 30% dos partos de baixo risco ocorre no ambiente domiciliar da mulher (Kwee et al., 2004). Apesar da Holanda adotar o modelo humanizado de atenção ao parto, a taxa de cesárea vem aumentando no decorrer dos anos tendo passado de 6,5% em 1985, para 7,5% em 1990 e dobrando o seu valor em 2008 para 14,3% (Ye et al., 2016).

4.3.2 Epidemiologia da cesárea

A literatura sugere que o parto cesáreo atualmente pode ser uma questão de saúde materna, neonatal ou perinatal, ou simplesmente por escolha da mulher (Nakano, 2015; Oliveira et al., 2016; Guimarães et al., 2017; Saleh et al., 2019). Um estudo realizado por Ye e colabores (2016) demonstrou que os percentuais de cesáreas aumentaram nos últimos anos tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Na Irlanda os percentuais em 1980 eram 6,2% de partos cesáreos e passaram a ser de 26,4% em 2008. Na Inglaterra em 1980 a taxa era cerca de 8,2% e alcançou 23,7% em 2010. A Áustria surpreendeu com elevadas taxas de cesarianas que em 1981 era de 6,5% e passou a ser 28,9% em 2010. Já na Suíça as taxas eram de 18% em 1983 e subiram para 32,2% em 2009. Na Alemanha a taxa de cesárea aumentou de 15,7% em 1990 para 30,3% em 2009. Nos países norte americanos como Canadá e EUA, as taxas de parto cesáreos foram de 18,2% (1992) e 22,8% (1998) e passaram a ser 27,7% (2008) e 32,8% (2010), respectivamente. No Japão o percentual de cesáreas dobrou de 8,8% (1987) para 18,4% (2008).

O Brasil é um dos países que lidera o ranking mundial para parto cesáreo desde a década de 80 muito influenciado pela evolução da analgesia, anestesia e técnicas cirúrgicas (Almeida & Tanaka, 2009; Palharini et al., 2018). Com redução do risco de complicações pós-operatórias imediatas, o saber centrado no profissional de saúde, a escolha da paciente por esse tipo de parto, além de características do sistema de saúde brasileiro como maior remuneração pelo parto cesáreo, também contribuíram para o aumento das cesáreas ao longo dos anos (Ministério da Saúde, 2015; Santos et al., 2016; Teixeira et al., 2018; Brasil, 2017; Lima et al., 2018).

Assim, o parto cesáreo transformou-se em uma “epidemia” global nos últimos quarenta anos de modo que o alerta foi dado pela OMS em 2015 recomendando um limite

para cesáreas de 10 a 15% dos nascimentos. Apesar dessa preconização, vários estudos brasileiros demonstram que as taxas de cesarianas estão acima do recomendado ultrapassando 50% dos partos, em algumas regiões do país (Quadro 2). Dessa forma, existem evidências que o parto cirúrgico está ocorrendo de forma indiscriminada e exacerbada e o Brasil tem sido mencionado pela OMS e outras organizações que debatem o tema, como exemplo do possível abuso de partos cesáreos. Cabe ressaltar, que a indicação de forma correta do parto cesáreo salva vidas, entretanto, sua recomendação indiscriminada pode aumentar o risco de morte materna e infantil (Leão et al., 2013, Nakano, 2015; Brasil, 2017; Saleh et al., 2019). No Brasil, desde os anos 90 mais de 95% dos partos foram realizados em hospitais. A prevalência brasileira do parto cesáreo na década de 50 era de 3,3%. Nos anos 70 esse percentual dobrou passando de 15,9% para quase 30% dos partos. Na década de 80, as cesarianas tiveram um aumento significativo alcançando um patamar de quase 50% dos partos realizados no território nacional (Quadro 2).

A partir dos anos 90, observa-se que em grandes metrópoles e centros urbanos como Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, o parto cesáreo passou a corresponder a mais da metade dos partos (Leal et al., 2004; Silva & Barros, 2004; Maia, 1997; Mello Jorge et al., 1997). A partir de 2000, os partos cesáreos se tornaram ainda mais frequentes, principalmente, no Rio de Janeiro e em São Paulo atingindo percentuais acima de 70% (Oliveira et al., 2016; Sousa et al., 2017). Já em locais menos desenvolvidos e com dificuldades de acesso a serviços de saúde, como ocorre em algumas cidades da região Norte e Nordeste como Piripiri (Piauí), Baturité (Ceará), Aracajú (Sergipe), São Luís (Maranhão), Goiana (Pernambuco) houve predominância do parto normal até 2010 (Silva et al., 2001; Mascarenhas et al., 2006; Queiroz et al., 2007; Gurgel et al., 2009; Santos al., 2009; Cavalcanti et al., 2013). O

Nascer no Brasil, um estudo nacional de base hospitalar composto por 23.894 puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, demonstrou que o tipo de parto cesáreo, tanto na rede pública quanto privada, apresentaram percentuais exorbitantes de cesáreas. Esse valor no setor público chegou a 50,7% e no privado alcançou um percentual de 87,5% (Leal & Gama, 2012; Domingues et al., 2014).

Com a finalidade de tentar reduzir o elevado percentual do parto cesáreo no Brasil, o MS estabeleceu um limite de 40% de cesarianas a serem realizadas pelo SUS, de modo que excedente de cesarianas não serão pagas aos serviços de saúde e aos profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico (Sass & Hwang, 2009; Oliveira et al., 2016; Guimarães et al., 2017; Brasil, 2017).

Quadro 2. Evolução dos tipos de partos no Brasil, de 1947 a 2018.

Autor/Ano	Período	Local	População *	Tipo de parto **
SANTOS FILHO, 1955	1947-1954	Salvador, BA	5.199 NV	V: 96,70% / C: 3,30%
SIQUEIRA <i>et al.</i> , 1981	1973-1974	São Paulo, UF	16.095 NV	V: 80,70% / F: 3,30% / C: 15,90%
CARVALHEIRO, 1978	1972-1974	Ribeirão Preto, SP	17.194 NV	V:70,00% / F: 3,30% / C: 21,80% / O: 4,90%
GOFFI, 1979	1977-1978	São Paulo, SP	39.012 NV	V: 62,60% / C: 37,40%
GOMES <i>et al.</i> , 1990	1978-1979	Ribeirão Preto, SP	9.048 NV	V: 66,00% / F: 3,00% /C: 30,20% / O: 0,80%
BETTIOL <i>et al.</i> , 1990	1978-1979	Ribeirão Preto, SP	3.663 NV	V: 53,20% / C: 43,80%
YASLLE ROCHA <i>et al.</i> , 1985	1978-1981	Ribeirão Preto, SP	36.956 NV	V: 70,70% / C: 29,30%

continua

continuação

TANAKA <i>et al.</i> , 1989	1980-1984	São Paulo, UF	454.520 NV	V: 53,80% / C: 46,20%
LOFFREDO, SIMÕES, 1990	1986	Araraquara, SP	4.776 NV	V: 24,30% / C: 75,70%
MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1993	1992	São Paulo, UF	15.142 NV	V: 51,60% / C: 48,40%
RODRIGUES <i>et al.</i> , 1997	1992-1994	Belo Horizonte, MG	119.732 NV	V: 54,90% / F: 2,40% / C: 42,70%
MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1997	1994	Londrina, PR	4.292 NV	V: 46,10% / C: 52,90%
BETTIOL <i>et al.</i> , 1998	1994	Ribeirão Preto, SP	3.579 NV	V: 46,80% / C: 53,20%
CAMPOS, CARVALHO, 2000	1995	Rio de Janeiro, UF	107.157 NV	V: 46,0% / C: 54,0%
SILVA, 2006	1995	Maringá, PR	2.498 NV	V: 19,80% / F: 0,40% / C: 79,80%
YAZLLE <i>et al.</i> , 2001	1986-1995	Ribeirão Preto, SP	86.120 NV	V: 51,70% / C: 48,30%
SILVA <i>et al.</i> , 1997	1993-1996	Rio de Janeiro, UF	388.495 NV	V: 55,40% / C: 44,60%

continua

continuação

SANTOS <i>et al.</i> , 2001	1994-1996	Rio Branco, AC	23.961 NV	V: 74,50% / C: 25,50%
MAIA, 1997	1995-1996	Minas Gerais, UF	2.315 NV	V: 40,90% / C: 59,10%
AZEVEDO <i>et al.</i> , 2002	1997	Rio Grande do Norte, UF	44.119 NV	V: 72,30% / F: 1,10% / C: 26,60%
HELENA, WISBECK, 1998	1994-1997	Blumenau, SC	4.600 NV	V: 58,30% / C: 41,70%
NASCIMENTO, GOLTLIEB, 2001	1998	Guaratinguetá, SP	2.018 NV	V: 31,76% / C: 68,24%
SILVA <i>et al.</i> , 2001	1997-1998	São Luís, MA	2.831 NV	V: 76,20% / C: 33,80%
FRANCESCHINI, 2008	2000	Belo Horizonte, UF	38.623 NV	V: 56,10% / C: 43,90%
SILVA, BARROS, 2004	1998-2001	Presidente Prudente, SP	12.309 NV	V: 31,98% / C: 68,02%
LEAL <i>et al.</i> , 2004	1999-2001	Rio de Janeiro, UF	10.041 NV	V: 50,60% / C: 49,40%
CARNIEL <i>et al.</i> , 2006	2001	Campinas, SP	14.444 NV	V: 46,10% / C: 54,90%

continua

continuação

FRICHE <i>et al.</i> , 2006	2001	Belo Horizonte, MG	36.127 NV	V: 56,40% / C: 43,60%
MASCARENHAS <i>et al.</i> , 2006	2000-2002	Piripiri, PI	3.636 NV	V: 75,00% / C: 25,00%
KILSZTAIN <i>et al.</i> , 2007	2003	São Paulo, UF	987.574 NV	V: 49,42% / C: 50,58%
QUEIROZ <i>et al.</i> , 2005	2003-2004	Baturité, CE	1.200 NV	V: 60,00% / C: 40,00%
MASCARELLO <i>et al.</i> , 2018	2004	Pelotas, RS	4.244 NV	V: 55,10% / C: 44,90%
BARROS <i>et al.</i> , 2006	2004	Pelotas, RS	4.558 NV	V: 54,60% / C: 45,40%
HAU <i>et al.</i> , 2009	2004	Vale do Paraíba, SP	14.908 NV	V: 43,70% / C: 56,30%
KNUPP <i>et al.</i> , 2008	2001-2004	Rio de Janeiro, UF	347.255 NV	V: 52,20% / C: 47,80%
LIMA <i>et al.</i> , 2012	2001-2005	Serra, ES	32.275 NV	V: 54,20% / C: 45,80%
MORCILLO <i>et al.</i> , 2010	2001-2005	Campinas, SP	13.656 NV	V: 42,40% / C: 57,60%

continua

continuação

GURGEL <i>et al.</i> , 2009	2005	Aracajú, SE	4.746 NV	V: 68,30% / C: 31,70%
NORONHA <i>et al.</i> , 2012	2005-2006	Rio de Janeiro, RJ	85.402 NV	V: 48,70% / C: 50,80% / I: 0,40%
MELO, MATHIAS, 2010	2006	Paraná, UF	153.598 NV	V: 51,80% / C: 48,20%
SANTOS <i>et al.</i> , 2009	2006	São Luís, MA	2.196 NV	V: 52,70% / C: 47,30%
GABANI <i>et al.</i> , 2010	1994-2007	Londrina, PR	105.776 NV	V: 47,13% / C: 52,87%
PEREIRA JUNIOR, HENRIQUES, 2010	2001-2007	Viçosa, MG	7.229 NV	V: 41,50% / C: 58,50%
CESAR <i>et al.</i> , 2011	2007	Rio Grande, RS	2.557 NV	V: 30,20% / C: 69,80%
MOTTA <i>et al.</i> , 2011	2008	Brasília, DF	44.119 NV	V: 48,20% / C: 51,80%
RODRIGUES, ZAGONEL, 2010	2000-2008	Foz do Iguaçu, PR	49.742 NV	V: 55,63% / C: 44,32 / I: 0,14%

continua

continuação

ROZARIO <i>et al.</i> , 2013	2000-2009	Niterói, RJ	62.449 NV	V: 35,6% / C: 64,4%
PADILHA <i>et al.</i> , 2013	2005-2009	Santa Maria, RS	16.504 NV	V: 37,63% / C: 62,37%
CAVALCANTI, 2012	2009	Goiana, PE	1.230 NV	V: 67,73% / C: 32,27%
TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2017	2004-2010	São Gonçalo, RJ	1.519.095NV	V: 31,67% / C: 68,33%
PADILHA <i>et al.</i> , 2013	2005-2010	Rio Grande do Sul, UF	823.609 NV	V: 46,91% / C: 53,08%
SANTANA <i>et al.</i> , 2010	2008-2010	Augustinópolis, TO	2.009 NV	V: 74,42% / C: 25,58%
CRAVO, OLIVEIRA, 2012	2010	Aracajú, SE	9.367 NV	V: 57,15% / C: 47,85%
CARVALHO <i>et al.</i> , 2014	2008-2011	Rio Grande do Norte, UF	196.632 NV	V: 22,77% / C: 77,29%
CELLA, MARINHO, 2017	2006-2012	Tefé, AM	11.331 NV	V: 81,55% / C: 18,45%
REGO, MATÃO, 2016	2010-2012	Goiânia, GO	31.024 NV	V: 50,80% / C: 49,20%

continua

continuação

OLIVEIRA, CARNIEL, 2013	2012	Ji-Paraná, RO	2.450 NV	V: 39,89% / C: 60,11%
PAES, SOLER, 2019	2012	São Paulo, UF	2.846 NV	V: 15,70% / C: 84,20% / I: 0,10%
MATTEI, CARRENO, 2017	2012	Rio Grande do Sul, UF	138.941 NV	V: 38,00% / C: 62,00%
FREITAS, VIEIRA, 2019	2012	Santa Catarina, BRA	56.632 NV	V: 39,40% / C: 60,60%
RODRIGUES, 2012	2012	Região Sul, UF	4.036 NV	V: 43,00% / C: 57,00%
CORREIO <i>et al.</i> , 2016	2011-2013	Chapecó, SC	5.918 NV	V: 34,50% / C: 65,50%
RIBEIRO <i>et al.</i> , 2018	2000-2013	Teresina, PI	200.968 NV	V: 47,40% / C: 52,60%
FERREIRA <i>et al.</i> , 2018	1994-2014	Belo Horizonte, MG	738.314 NV	V: 51,80% / C: 49,20%
BONILHA <i>et al.</i> , 2015	2001-2014	São Paulo, UF	2.713.146NV	V: 45,58% / C: 54,42%
AMARI, 2018	2003-2014	Paraná, UF	1.853.325NV	V: 44,10% / C: 55,90%

continua

continuação

PAES, SOLER, 2017	2006-2014	São José do Rio Preto, SP	24.247 NV	V: 19,90% / C: 80,10%
SOUSA <i>et al.</i> , 2017	2015	Rio de Janeiro, UF	236.960 NV	V: 20,30% / C: 79,70%
SANTOS <i>et al.</i> , 2017	2005-2015	Piauí, UF	588.473 NV	V: 53,90% / C: 46,10%
SILVA, 2018	2011-2015	Caruaru, PE	98.568 NV	V: 45,40% / C: 54,60%
ÁVILA <i>et al.</i> , 2019	2010-2016	Goiás, UF	575.850 NV	V: 30,20% / C: 69,54% / I: 0,23%
SILVA <i>et al.</i> , 2018	2015-2016	Imperatriz, MA	24.246 NV	V: 44,37% / C: 55,63%
SANTOS <i>et al.</i> , 2019	2016	Sergipe, UF	32.218 NV	V: 58,56% / C: 41,44%
DANTAS, COSTA, 2019	2012-2016	Aracajú, SE	169.840 NV	V: 57,41% / C: 42,59%
MINOSSO, TOSO, 2019	2017	Cascavel, PR	4.704 NV	V: 38,49% / C: 61,51%
OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2020	2013-2017	Minas Gerais, UF	1.108.615NV	V: 42,50% / C: 57,50%

continua

continuação

SALEH <i>et al.</i> , 2019	2003-2018	São Paulo, SP	2.558.496NV	V: 48,40% / C: 51,60%
SILVA <i>et al.</i> , 2020	2014-2018	Ji-Paraná, RO	10.157 NV	V: 36,55% / C: 63,45%

*NV: Nascidos vivos. **V: vaginal; C: cesárea; F: fórceps; I: ignorado.

4.3.3 Epidemiologia do parto cesáreo: o papel do prestador de serviço

O modelo de assistência ao parto altamente medicalizado caracteriza-se pelo uso de tecnologias e pelas intervenções médicas com pouca participação das enfermeiras obstétricas. Os partos são realizados em ambiente hospitalar por médicos especialistas. Os obstetras são responsáveis pelo acompanhamento e assistência durante todo o período gravídico puerperal. Nesse sentido, o aumento no percentual de cesarianas foi diretamente relacionado com o modelo praticado em cada país. O Brasil é um exemplo do modelo medicalizado ou tecnicista de atenção ao parto, porque o parto é realizado no ambiente hospitalar com o uso de tecnologia e o saber é centrado no médico obstetra com pouca participação das obstetras (Wagner, 2001; Patah & Malik, 2011; Oliveira et al., 2016; Guimarães et al., 2017; Saleh et al., 2019).

Segundo a OMS, o Brasil é um dos líderes de cesárea no ranking internacional e seu percentual cresce a cada dia. O percentual de cesariana era em torno de 3,3% na década de 50, passou a ser 15% em 1970, subindo para 38,9% em 2000, alcançando em 2009 um patamar de 50,1% e chegou a 56,7% de todos os partos em 2015 (Quadro 2). O aumento da cesárea a partir de 1970 chama atenção para a importância do estudo e identificação dos fatores relacionados à decisão do tipo de parto. Há diversos atores envolvidos no processo de assistência ao parto incluindo médicos, obstetras, pacientes e seguradoras, modelo de saúde praticado no lugar, tipo de parto, forma de remuneração aos profissionais envolvidos quanto ao tipo de parto, comodidade do médico em programar sua agenda e seu horário de trabalho, dentre outros 2010 (Ye et al., 2016). A forma de organização da assistência obstétrica no sistema de saúde é um dos fatores que contribuem para o aumento nos percentuais de parto cesáreo. Assim, o modelo de assistência ao parto nos setores público e privado apresentam características peculiares e

realidades distintas (Cesar et al., 2011; Oliveira et al., 2016; Guimarães et al., 2017; Saleh et al., 2019).

No Brasil, o nível socioeconômico é um fator que seleciona a demanda dos serviços de saúde e diferencia a clientela do setor público e do privado. No setor público, as mulheres são atendidas pelos obstetras a nível ambulatorial e hospitalar com remuneração que independe da quantidade e do tipo de parto. Esses profissionais, em grande maioria, são servidores públicos que possuem uma remuneração salarial fixada de acordo com a natureza, complexidade e grau de responsabilidade do cargo. De maneira geral, o médico que realiza o pré-natal não é o necessariamente mesmo que faz o parto. Não há um vínculo entre médico e paciente favorecendo o desconhecimento da história gestacional devido a desvinculação do profissional da assistência do pré-natal e aquele que realiza o parto. A falta de informação no momento do parto e a rotina dos profissionais de saúde do SUS favorecem a intervenção precoce do trabalho de parto contribuindo para o aumento de partos cesáreos (Cesar et al., 2011; Oliveira et al., 2016; Guimarães et al., 2017; Saleh et al., 2019). Não é comum a parturiente ficar em evolução de trabalho de parto de um plantão para o outro predominando a conduta que os casos devem ser solucionados no mesmo plantão (Viacava et al., 2018; Freitas et al., 2019).

Já no sistema privado de saúde, a mulher possui um plano ou convênio de saúde ou assume diretamente as despesas em saúde. Isso possibilita a gestante escolher o profissional de saúde que irá realizar acompanhamento do pré-natal e do parto. Geralmente, é o mesmo médico que faz tanto pré-natal quanto o parto. Dessa forma, cria-se a relação de confiança médico-paciente que é uma das características do modelo privado. Com esse vínculo, a gestante pode negociar o tipo de parto ou a forma de atendimento que deseja. A remuneração desse profissional é de acordo com a quantidade de procedimentos e tipo de parto. Entretanto, o excesso de compromissos na agenda do

obstetra que inclui o atendimento em consultório, os plantões em hospitais, os atendimentos dos partos em hospitais privados, além de algumas situações como as atividades de pesquisa e ensino, faz com que o profissional não esteja à disposição para o trabalho de parto, o que contribui para marcação da cesárea eletiva (Guimarães et al., 2017; Viacava et al., 2018; Freitas et al., 2019). De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 73% da população feminina em idade fértil no Brasil é usuária do SUS, ou seja, essas mulheres não possuem plano de saúde ou convênio (Brasil, 2017). As regiões Sul e Sudeste destacam-se em relação ao elevado percentual de mulheres em idade fértil com planos privados de saúde. A proporção da população coberta por planos de saúde é de 27% para todo país oscilando entre as regiões: Sudeste (28,6%), Sul (13,1%), Centro-Oeste (11,6%), Nordeste (7,2%) e Norte (5,8%). As capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre apresentam estimativas diferenciadas comparadas às demais unidades federativas. A estimativa da população com plano de saúde nesses centros urbanos é de 36,1%. Cabe ressaltar, que nas áreas rurais 90% das mulheres são atendidas pelo SUS (Pinto & Soranz, 2004; Buriol, 2014).

Alguns estudos demonstram a dicotomia entre os serviços público e privado de saúde (Campos & Carvalho, 2000; Hotimsky et al., 2002; Nascimento, 2003; Sass & Hwang, 2009; Patah & Malik, 2011; Cesar et al., 2011; Oliveira et al., 2016; Freitas & Fernandes, 2016; Guimarães et al., 2017; Viacava et al., 2018). Um estudo realizado por Campos & Carvalho (2000), no Rio de Janeiro com os dados do SINASC, teve como objetivo analisar a assistência ao parto nas principais maternidades e o deslocamento da clientela. No setor público, houve predomínio pelo parto normal em cerca de 60 a 70%. Apesar do percentual de parto operatório ser em torno de 35 a 40% no SUS, ainda está elevado quando comparado à recomendação da OMS que é de 15% para partos cesáreos.

Além disso, nesse modelo há um maior número de mães adolescentes (20-25%), com baixo nível de escolaridade (primário e fundamental incompleto de 15-20%), maiores percentuais de recém-nascido de baixo peso (10-15%), de prematuros (10-15%) e com APGAR grave (3-5%). No setor privado, a clientela predominante realizou partos cesáreos (70-90%), o nível de escolaridade igual ou superior ao ensino médio (60-65%), a maior proporção de mulheres com mais de 35 anos (8-10%) e os menores percentuais de baixo peso (7-10%), prematuridade (3-5%) e APGAR grave (1-3%).

Freitas & Fernandes (2016) realizaram um estudo de base populacional utilizando dados de 61 maternidades com 61.278 nascidos vivos que teve como propósito investigar como os fatores institucionais representados pelo perfil social da maternidade na assistência ao parto se associam às taxas de cesariana em Santa Catarina no ano de 2012. Nos hospitais públicos observou-se um maior percentual de mães com idade inferior a 35 anos (89,9%), sendo que 24,4% eram mulheres adolescentes. Além disso, houve predominância da cor da pele parda (88,4%), escolaridade entre 4 a 8 anos de estudo (59,7%), solteiras ou separadas (50,5%) e predominância do parto vaginal (54,9%). Em relação aos hospitais privados, sua clientela foi composta por mulheres mais velhas na faixa etária de 20 a 34 anos (79,4%), sendo 17,1% de mulheres com idade superior a 35 anos, predominância da cor da pele branca (94,7%), casadas (77,8%), com alta escolaridade maior que 8 anos de estudo (53,4%) e os partos cesáreos chegando a 89%.

Um estudo feito por Guimarães e colabores (2017) no Brasil em 2014 com 2.979.259 nascidos vivos como fonte de dados o SINASC, teve como objetivo descrever a prevalência de cesáreas e fatores associados aos tipos de partos. A prevalência de partos cesáreos foi de 58,2%, sendo que nos hospitais públicos esse percentual foi de 38,1%, à medida que nos hospitais privados o percentual chegou a 92,8%. O perfil da clientela foi

de mães entre 20 e 34 anos, solteiras, com alta escolaridade, múltiparas e com gestação a termo.

Outros estudos corroboram com a hipótese de uma associação entre cesárea eletiva e características socioeconômicas, sociodemográficas, planejamentos da gestação, tipo de modelo de saúde, pagamento do pré-natal, mais de 7 consultas pré-natais e partos realizados no setor privado. Em teoria, as mulheres com maior escolaridade, elevado nível socioeconômico, usuária do setor privado seriam as parturientes com melhor acesso a serviços de saúde, menor risco gestacional e com maior acesso às informações. Entretanto, essa clientela geralmente realiza seus partos no setor privado, onde mais de 80% dos partos são cesarianas (Oliveira et al., 2016; Guimarães et al., 2017; Entringer, 2018; Mascarello et al., 2018). Dessa forma, esses achados sugerem a existência de um paradoxo entre os maiores percentuais de partos cesáreos em mulheres de baixo risco, que são aquelas com melhor acesso a informações e serviços de saúde. Isso poderia ser explicado pelos modelos assistenciais diferenciados de saúde, o tipo de relação que se estabelece entre médico e paciente, a formação médica, a utilização de tecnologias médicas, os fatores socioeconômicos e culturais, dentre outros (Patah & Malik, 2011; Ye, 2016; Ferrari et al., 2016).

Apesar dos modelos assistenciais de saúde brasileiro apresentarem realidades totalmente distintas, os percentuais de cesáreas continuam elevados tanto no setor público (35% a 40%) quanto no privado (70% a 90%), se tomarmos como base os percentuais de cesarianas preconizados pela OMS (Mascarello et al., 2018; Saleh et al., 2019). Ao longo dos anos, o parto cesáreo deixou de ser uma intervenção para melhorar desfechos de saúde (Guise et al., 2010; Geller et al., 2010; Ferrari et al., 2016) e passou a ser um “negócio” que prevalece os interesses econômicos inseridos em um “modelo medicalizado e mercantilizado” de atenção à saúde. Adicionalmente, a cesárea em uma sociedade

capitalista tornou-se sinônimo de *status* social entre as brasileiras, assim como um fator de conveniência para o médico e a paciente pela opção de agendamento de dia da semana e horário de ocorrência do parto. Em consequência disso, a cesariana representa maior produtividade por procedimento, menor tempo e maior lucratividade (Cardoso & Barbosa, 2012; Leão et al., 2013; Entringer, 2018; Viacava et al., 2018).

4.4 Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O número de nascimentos em um determinado período e local consistiu em informações importantes para o planejamento de programas. O seu monitoramento colabora para o entendimento da situação de saúde de uma determinada população, além de proporcionar a criação de indicadores epidemiológicos, demográficos, econômicos, dentre outros. Esses indicadores de saúde, permitem o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas, programas e ações de atenção à saúde materna e infantil (Mello Jorge et al., 1993; Silva et al., 2001; Domingues et al., 2015).

A partir de 1990 com a implantação do SINASC pelo MS, inúmeros estudos de base populacional têm sido produzidos revelando o perfil epidemiológico de nascimentos em diversas localidades do país. Além disso, a avaliação periódica do sistema quanto a abordagem qualitativa (fidedignidade) e quantitativa (cobertura e completude) possibilita a análise das informações geradas pelo sistema e seu direcionamento para políticas, programas e ações em saúde pública (Mello Jorge et al., 1993; Silva et al., 2001; Mello Jorge et al., 2007; Paiva et al., 2011).

A utilização do SINASC como base de dados para avaliação do sistema materno-infantil permite aos gestores construir indicadores de saúde, estimar risco, identificar grupos vulneráveis da população e conhecer o perfil epidemiológico e demográfico de cada região estudada. Nesse sentido, a ***cobertura*** do SINASC relaciona-se a obtenção e

ocorrência dos nascimentos; a *completitude* permite verificar o grau de preenchimento dos campos das DNV; e a *fidedignidade* avalia o percentual das informações ignoradas e quantifica os sub-registros (Mello Jorge et al., 1983; Mello Jorge et al., 1997; Silva et al., 2001; Mello Jorge et al., 2007; Paiva et al., 2011; Bonilha et al., 2015).

Os estudos relacionados à *cobertura* e *fidedignidade* das informações epidemiológicas do SINASC classificam as informações como “*excelentes*” sempre que seus percentuais forem maiores ou iguais a 90% dos valores, “*boa*” quando as medidas estiverem entre 70% e 89% e “*ruim*” para resultados inferiores a 70% (Silva et al., 1997; Silva et al., 2001). Um dos primeiros estudos sobre o SINASC foi realizado no período entre 1992 e 1994, e teve como objetivo avaliar a cobertura do SINASC em âmbito nacional nas principais capitais brasileiras. Os resultados encontrados revelaram coberturas excelentes nas regiões sul e sudeste do Brasil, boas coberturas em alguns estados nordestinos como Bahia, Paraíba e Ceará e coberturas ruins para regiões centro-oeste e norte. Com relação a completitude, a maioria das capitais apresentaram valores de ruim a regular (Mello Jorge et al., 1997).

Já em 2002, foi realizado um estudo com o propósito de avaliar a qualidade das informações no SINASC com relação à clareza de dados da documentação, à completitude do seu preenchimento e a consistência dos resultados para todas as Unidades Federativas do Brasil (UF). As variáveis analisadas foram: idade, escolaridade, estado civil, ocupação materna, filhos nascidos vivos, filhos nascidos morto, consultas pré-natais, sexo do recém-nascido, raça do recém-nascido. Em locais como Alagoas, Paraíba, Ceará, Tocantins e Pará a cobertura foi menor de 80%. Os autores observaram que em todas as UF do Brasil a completitude do preenchimento foi “excelente” com relação as variáveis sexo do recém-nascido, peso ao nascer, idade materna, estado civil da mãe (exceto Bahia) e de “excelente” a “boa” completitude nas variáveis escolaridade, número

de consultas pré-natais e peso ao nascer. A variável de ocupação materna apresentou maior dispersão nas UF para completude de preenchimento. Todas as UF da região norte, da região sul, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul apresentaram menos de 10% na incompletude de preenchimento. Todavia, a completude “ruim” foi observada nas UF do Distrito Federal, São Paulo e Sergipe. Já na Bahia, em Minas Gérias e em Goiás a completude do preenchimento foi “muito ruim” com cerca de 20% de incompletude. Além disso, verificou-se problemas com relação a qualidade das informações sobre variáveis de ocupação materna, natimorto e filhos anteriores (Romero & Cunha, 2002).

Outro estudo de abrangência nacional, realizado no período de 2006 a 2010, teve como finalidade avaliar atributos e utilidades do SINASC. Para avaliação da completude de preenchimento foram utilizadas as seguintes variáveis: local de ocorrência do parto, dados maternos (idade, estado civil, ocupação, UF de residência), gestação (gestação anteriores, duração da gestacional), tipo de gravidez, tipo de parto, número de consultas pré-natais, e identificação do recém-nascido (sexo, ano de nascimento, raça/cor, peso ao nascer, APGAR, anomalia congênita). A maioria das variáveis apresentaram excelente qualidade com valores acima de 90%. As únicas exceções foram as variáveis natimorto (85,8%) e a ocupação materna (82,5%), que mesmo assim apresentaram um “bom” resultado. Com relação às informações ignoradas, todas as variáveis tiveram um percentual menor que 1%, exceto o estado civil (1,5%) e as anomalias congênicas (2,5%). Assim, os dados foram considerados de boa qualidade, considerando que 98% dos nascidos vivos ocorreu em ambiente hospitalar, o volume de recebimento dos dados do SINASC foi de 82,2% e a razão de cobertura do sistema em relação aos dados coletados pelo Censo do IBGE foi de 97,4%, 2010 (Correia et al., 2014; Oliveira et al., 2015).

Portanto, as evidências sugerem que mesmo a cobertura do SINASC sendo elevada na maioria das regiões do país, ainda existe um déficit de informações nas regiões mais pobres, rurais e de difícil acesso aos serviços de saúde. Contudo o uso do SINASC como ferramenta de qualidade para avaliação de indicadores materno-infantil é de suma importância, visto que políticas, ações e estratégias em programas de saúde pública dependem dessas informações (Mello Jorge et al., 1993, Silva et al., 2001; Mello Jorge et al., 2007; Paiva et al., 2011; Correia et al., 2014; Oliveira et al., 2015; Bonilha et al., 2015).

5. MÉTODOS

A presente dissertação tem sua metodologia delineada em duas partes, sendo a parte 1 elaborada para atender ao primeiro objetivo específico da dissertação, que consiste na realização de uma revisão integrativa da evolução dos locais de nascimentos e tipos de partos no Brasil no período de 1930 a 2018. Os métodos para a realização desse estudo estão integralmente redigidos no corpo do artigo intitulado *“Evolução dos locais de nascimentos e tipos de partos no Brasil: uma revisão integrativa da literatura”*.

A parte 2 foi elaborada para atender aos objetivos específicos 2 e 3 da dissertação, que tratam do estudo transversal de base populacional de nascidos vivos no município do Rio de Janeiro entre 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2017 realizado com dados secundários do Sistema de Informações Nascidos Vivos (SINASC), cujos métodos estão discriminados nos tópicos específicos da parte 2.

5.1 Parte 1: Artigo de revisão integrativa da literatura.

Artigo submetido aos Cadernos de Saúde Pública em 05/05/2020 (ANEXO 2)

***Evolução dos locais de nascimentos e tipos de partos no Brasil:
uma revisão integrativa da literatura***

RESUMO

Objetivo: Avaliar a evolução histórica dos partos no Brasil, segundo os locais de nascimentos (hospitalar e domiciliar) e tipos de parto (vaginal ou cesáreo) de 1930 a 2018. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com estudos de base populacional que utilizaram Registro Civil e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos como fonte de dados. Utilizou-se o método do STROBE para o rastreamento, avaliação e seleção dos estudos. Avaliou-se a qualidade dos estudos por meio do instrumento desenvolvido e validado por Munn e colaboradores (2014) do Instituto Joanna Briggs (JBI). Foram selecionados estudos publicados em português, inglês e espanhol com no mínimo 500 nascidos vivos. As buscas eletrônicas foram realizadas nas bases SciELO e LILACS via BVS, Google Scholar e Medline via PubMed utilizando os seguintes descritores: “live birth”, “SINASC”, “nascimentos”, “nascidos vivos”, “local de parto”, “município”, “partos vaginais”, “partos cesáreos”, “cesarianas”, “Brasil”, e suas variações. Dois revisores cegados avaliaram a qualidade dos artigos e extraíram as informações utilizando um formulário padronizado. **Resultados:** Dentre os 87 estudos identificados, 81,6% foram publicados a partir da década de 90, sendo que 10,34% informavam apenas sobre o local do parto, 31,03% sobre local e tipo de parto, e 58,63% somente sobre tipos de parto. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos foi a principal fonte de dados (81,8%). A maioria dos estudos foram realizados na região Sudeste (50,5%), seguida da Nordeste (23%) e Sul (19,5%). Antes da década de 70 os partos eram majoritariamente feitos em domicílio (96%), sendo superados pelos hospitalares a partir da década de 90 (>90%). Observou-se um aumento progressivo do parto cesáreo ultrapassando 50% dos partos a partir da década de 80, chegando a 54% ao final da década de 2010. **Conclusão:** No Brasil, a hospitalização dos partos ocorreu a partir da década de 30, de modo que antes da década de 70 os partos eram essencialmente feitos em domicílio e passaram a ser mais frequentemente realizados em hospitais após esse período. A partir da década de 80, observou-se um aumento de partos cesáreos em todo país se tornando uma epidemia atual.

Palavras-chave: Nascimento vivo; Parto domiciliar; Hospital; Parto natural; Cesárea.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the evolution of childbirths in Brazil, considering place of birth (hospital and home) and types of childbirth (vaginal or cesarean) between 1930 and 2018. **Methods:** An integrative review of the literature was proceeded, including population-based studies that used the Civil Records and The Information System about Live Births. STROBE method was used for screening, an evaluation and selection of the papers. The quality of the studies was evaluated using the tool developed and validates by Munn and collaborators (2014) of the Joana Briggs Institute (JBI). Were chosen papers in Portuguese, English and Spanish with at least 500 childbirths. The electronical search where made upon SciELO and LILACS by BVS and Google Scholar and Medline by PubMed, using the descriptors “live birth”, “SINASC”, “nascimentos”, “nascidos vivos”, “local de parto”, “município”, “local de parto”, “partos vaginais”, “partos cesáreos”, “cesarianas”, “Brasil”, e suas variações. Two blinded reviewers evaluated the quality, and extracted the data using a standardized form. **Results:** From 87 included studies, 81.6% were published after 1990 decade; 10.34% informed about place of birth only, 31,03% place and type of childbirth, 58,63% informed type of childbirth only. SINASC was the main source of data (81.8%). Most of the studies were performed in the southeastern (50.5%), followed by the northeastern (23%) and southern (19.5%). Before the 1970 decade the childbirths where mostly delivered at home (96%), while by the end of the 1990 a decade hospital delivering was over than 90%. An increase of cesarean delivery varying from less than 50% up to 1980 decade to 54% in the 2010 decade. **Conclusion:** In Brazil, the hospitalization of childbirth occurred in a range of 80 years, in a way that before the 1970 decade the childbirths were mainly delivered at home and became more frequently in hospitals after that. From the 1980 decade on, there were a progressive increase of cesarean deliveries in the whole country becoming an epidemic so far.

Keywords: Live birth; Home childbirth; Hospital; Natural childbirth; Cesarean section.

INTRODUÇÃO

O avanço da medicina moderna contribuiu para o conhecimento da assistência à mulher durante o parto, pós-parto e puerpério, a identificação de risco quanto a gestante e ao recém-nascido e para o uso do procedimento cirúrgico com indicações clínicas quando houver necessidade ^{1,2,3,4}. Contudo, a hospitalização e a medicalização dos partos e nascimentos acompanhados ao modelo médico intervencionista têm motivado grandes polêmicas e controvérsias no que diz respeito às técnicas e tecnologias que aos poucos tornaram-se parte integrante do processo do parto. Assim, o parto cesáreo transformou-se em uma “epidemia” global nos últimos quarenta anos de modo que o alerta foi dado pela OMS em 2015 recomendando um limite para partos cesáreos de 10 a 15% dos nascimentos ^{5,6,7}.

A literatura demonstra que os modelos de assistência ao parto praticados em diferentes países podem influenciar na escolha do tipo de parto (vaginal ou cesáreo) e nos locais de nascimentos (hospital, domicílio ou casa de parto) ^{5,6}. Dessa forma, existem países que têm um modelo altamente medicalizado ou tecnicista, com o uso de tecnologias, a assistência ao ciclo gravídico-puerperal feito pelo obstetra, com partos realizados em ambiente hospitalar e altos percentuais de cesarianas. Esse modelo foi observado nos EUA, Irlanda, Rússia, República Checa, França, Bélgica e Brasil ⁵. Nos EUA, o percentual de cesárea passou de 7% em 1970 para 22,6% em 1988 e alcançou um percentual de 32,8% em 2010 ⁸. No Brasil, o percentual de cesáreas era de cerca 15% em 1970 foi para 38% em 2001, subindo para 48,8% em 2008 e alcançando um percentual de 50,1% em 2009, estimativa que ultrapassa o percentual de partos vaginais ⁷.

Entre os países com um modelo assistencial intermediário ou misto caracterizado pelo uso de tecnologias, a atenção do pré-natal realizado por médicos generalistas e os partos feitos em hospitais, mas ainda com elevados percentuais de cesáreas, como

exemplo desse modelo a Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália. A Grã-Bretanha chama atenção pelo aumento do percentual de partos cesáreos que em 1980 era cerca de 8,2%, passou a 11,3% em 1990 e alcançou em percentual de 23,7% em 2010 ^{5,6}. Com relação ao modelo de atenção ao parto humanizado ou menos medicalizado, este é reconhecido pela maior participação das obstetrias na assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal predominando o parto vaginal realizado em ambiente domiciliar ou em centros obstétricos humanizados. Esse tipo de modelo foi encontrado em países como Holanda e Nova Zelândia ^{5,7}. Contudo, apesar da Holanda adotar o modelo humanizado de atenção ao parto, o percentual de partos cesáreos vem aumentou de 6,5% em 1985, para 7,5% em 1990 e dobrou o seu valor em 2008 para 14,3% ⁸.

Nesse cenário, o aumento dos nascimentos por cesáreas, bem como as características da organização de assistência à saúde em diferentes países e modelos de assistência ao parto devem ser contextualizados segundo as características socioeconômicas, culturais e demográficas de cada população. No entanto, apesar do crescente debate na literatura brasileira a respeito da utilização inoportuna e dispensável de técnicas, procedimentos, condutas e práticas relacionadas aos partos e nascimentos ^{9,10}, o parto cesáreo ainda é altamente praticado no Brasil e o hospital é o principal local de nascimento no país ^{6,8}. Nesse sentido, nasce o debate entre os profissionais de saúde e a sociedade contemplando temas como práticas profissionais, tipos de modelos de assistência à saúde que estão diretamente relacionados ao local e tipo de parto, organização do sistema de saúde, movimentos sociais e humanização do parto ^{10,11}.

Apesar disso, existem poucos estudos no Brasil que apresentaram a evolução histórica dos locais de nascimentos e sua relação com os tipos de parto no país. Assim, o presente estudo visa avaliar a evolução histórica dos partos no Brasil, segundo o local de nascimento (hospitalal ou domicílio) e tipo de parto (vaginal ou cesáreo) de 1930 a 2018.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, em conformidade com as recomendações do STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). A busca bibliográfica com estudos de base populacional foi realizada no período de 31 de março de 2020 sem limite de data inicial, que utilizaram as bases de registros de nascimentos oficiais. Para o levantamento bibliográfico foram consultadas as bases de dados eletrônicas como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Google Scholar*, *Medical Literature Library of Medicine On-Line* (Medline) via *PubMed*. As buscas independentes relativas ao local de parto foram feitas por meio dos descritores “nascimentos” e “nascidos vivos” e suas variantes. Para as pesquisas relativas ao tipo de parto, além dos descritores supracitados, foram utilizados os descritores como “partos cesáreos”, “cesarianas”, “partos vaginais” e suas variantes.

Para o local de parto, na busca eletrônica por meio do *PubMed* foram utilizados os seguintes descritores: (*live birth*) AND (SINASC). Para as demais bases de dados, as combinações de unitermos empregadas foram: (“nascimentos” OR “nascidos vivos”) AND (“SINASC”); (“nascimentos” OR “nascidos vivos”) AND (“SINASC”) AND (“local de parto” OR “município”).

Com relação ao tipo de parto, vaginal ou cesáreo, as combinações de unitermos usados no *PubMed* foram: (*live birth*) AND (cesarean) AND (Brazilian) e nas demais bases foram utilizados os descritores a seguir: (“nascidos vivos” OR “nascimentos”) AND (“partos vaginais” OR “partos naturais”) AND (“Brasil” OR “SINASC”); (“partos vaginais” OR “partos naturais”) AND (“Brasil” OR “SINASC”); (“nascidos vivos” OR “nascimentos”) AND (“partos cesáreos” OR “cesarianas”) AND (“Brasil” OR “SINASC”); (“partos cesáreos” OR “cesarianas”) AND (“Brasil” OR “SINASC”).

Foram incluídos os artigos, dissertações e teses com texto completo que avaliaram o perfil de nascimentos com base no SINASC ou declaração de nascimento com base no registro civil de nascimentos, que tenham abordado o local de ocorrência dos partos e/ou tipo de partos em determinado local por um dado período de tempo; publicados em português, inglês ou espanhol com pelo menos 500 nascidos vivos. Os critérios de exclusão adotados foram: artigos de revisão e meta-análise, estudos cujo foco foi a avaliação da qualidade do SINASC ou do registro civil, estudos que avaliaram os nascimentos ocorridos num período de tempo menor que 1 ano, avaliação de condições específicas como as anomalias congênitas e malformações, prematuridade, tumores, gemelaridade.

Na busca eletrônica dos estudos relativos ao *local de parto*, foram identificadas 516 publicações na BVS, 87 no *PubMed* e 227 no *Google Scholar*, totalizando 830 referências bibliográficas, com 111 duplicatas (Figura 1). Foram elegíveis para este estudo 719 publicações, dentre as quais 601 foram excluídas após análise do resumo por não avaliar o local de parto (n=550), por serem estudos de revisão ou metanálise (n=38), publicados em outros idiomas (n=2), realizado em uma população menor que 500 nascidos vivos (n=4) ou por terem textos incompletos (n=7). As 118 publicações incluídas segundo os critérios de elegibilidade foram avaliadas na íntegra. Após essa análise, 82 estudos foram excluídos por não apresentarem resultados sobre o local de parto. Assim, a presente revisão foi realizada com 36 estudos. As informações foram extraídas por dois avaliadores independentes, utilizando um instrumento padronizado para coleta de dados e preenchidas as seguintes informações: título, autor, ano de publicação, local e período estudo, idioma, delineamento, características da população, objetivos, amostragem de base populacional e local dos partos, resultados, análises e implicações. Os artigos examinados na íntegra tiveram suas referências bibliográficas revistas, a fim de identificar

outras publicações que abordassem o perfil de nascidos vivos e o local de ocorrência dos partos. O levantamento bibliográfico foi realizado por dois revisores de forma independente e eventuais discordâncias quanto aos critérios de elegibilidade de cada artigo foram tratadas de forma consensual. Foram selecionados 36 estudos, sendo 9 sobre local de nascimento e 27 contendo em seus resultados o local e tipo de partos.

Com relação à pesquisa eletrônica relacionada ao **tipo de parto** (vaginal ou cesáreo), foram localizados 3.013 estudos, sendo 768 estudos via BVS, 195 no *PubMed* e 2050 no *Google Scholar* com 246 duplicados (Figura 2). Os critérios de elegibilidade e de exclusão foram os mesmos utilizados para os locais de ocorrência dos partos. Foram eleitas 2.767 publicações com 2.573 exclusões devido ao assunto (n=2.164), por se tratar de estudos de revisões sistemáticas ou metanálises (n=151), por serem publicados em um período menor de 1 ano (n=4), pertencer a outro idioma (n=8) e por apresentar textos incompletos (n=246). Para o presente estudo foram incluídas 194 publicações. Posteriormente, foram excluídos 116 estudos, por não apresentarem os resultados do tipo de parto. Dessa forma, a presente revisão integrativa da literatura quanto ao tipo de parto foi feita com 78 estudos, dos quais 51 estudos somente sobre o tipo de parto e 27 estudos sobre local e tipo de partos.

Avaliou-se a qualidade dos 87 estudos selecionados por meio do instrumento desenvolvido e validado por Munn e colabores (2014) do Instituto Joanna Briggs (JBI)¹². Essa ferramenta de qualidade foi composta por 10 perguntas que visaram avaliar a qualidade metodológica dos estudos observacionais e transversais. A resposta positiva ou “não se aplica” soma um ponto, a resposta incerta soma meio ponto e nenhum ponto para resposta negativa, sendo a pontuação máxima de 10 pontos. O estudo foi considerado de alta qualidade quando obteve de 8 a 10 pontos, média qualidade com um total de 5 a 7,5 pontos e baixa qualidade para estudos com pontuação inferior a 5.

Para ambos os desfechos (local e tipo de parto) os 87 estudos foram organizados em quadros contendo informações de autor, ano de publicação, ano de realização do estudo, local, população e o percentual com relação a cada local de nascimento (domicílio ou hospital), tipos de partos (vaginal ou cesáreo) e qualidade do artigo. Posteriormente, construiu-se uma planilha contendo, para cada estudo selecionado, as informações acima, além da década de realização do estudo, unidade federativa, total de nascimentos, total de nascimentos hospitalares, domiciliares e em outros locais, além dos totais de partos vaginais e cesáreos. Em seguida foram estimadas as médias, medianas e desvios-padrão das variáveis contínuas, e as frequências de partos hospitalares, domiciliares, vaginais e cesáreos para cada estudo. Por fim, avaliou-se a distribuição das frequências dos locais de nascimentos e tipos de partos ao longo dos anos de 1930 a 2018 no Brasil.

RESULTADOS

Dentre as 87 publicações identificadas no período de 1930 a 2018, 81,6% foram publicados a partir da década de 90, sendo que 9 (10,34%) informavam sobre local, 27 (31,03%) sobre local e tipo, e 51 (58,63%) somente sobre tipo de parto. A região com maior número de publicações foi a Sudeste com 44 (50,6%) estudos, seguida da Nordeste (23%) e Sul (19,5%). As regiões Centro-oeste e Norte apresentaram somente 3 (3,4%) publicações cada. Com relação à fonte de dados, 71 (81,8%) estudos utilizaram o SINASC e 16 o Registro Civil como base.

O Quadro 1 apresenta as características dos estudos sobre o local de ocorrência dos partos incluídos nesta revisão. Os estudos realizados até a década de 80 (21,62%), utilizavam a declaração de nascidos como base de seleção da população de estudo, tendo como fonte o Registro Civil. A partir de 1990, com a implantação do SINASC, a maioria dos estudos (78,38%) realizados utilizou esse sistema como fonte única de dados para

informação quanto aos nascimentos. Foi observada pelo menos uma publicação quanto ao perfil de nascimentos e local de ocorrência dos partos em estados que representaram as 5 regiões do Brasil (n=12), ou capitais (n=10) ou cidades específicas (n=14). Quanto ao local de parto, foi observado que até a década de 60, os partos eram mais frequentes em ambiente domiciliar, variando de 90% no Rio de Janeiro (1938) a 51,92% em São Paulo (1969). Entre as décadas de 70 e 80, os partos passaram a ser realizados com mais frequência em hospitais, variando de 96% em Salvador (1967) a 65,6% em Ribeirão Preto (1988). Observou-se ainda que a partir década de 90, mais de 95% dos partos passaram a ocorrer em ambiente hospitalar (n=31), sendo que em 25 estudos mais de 99% dos partos foram realizados em hospitais.

A evolução histórica dos tipos de partos no Brasil foi representada no Quadro 2. O Registo Civil foi a base de dados utilizada pelos estudos populacional até o final da década de 80. A partir desse período, o SINASC passou a ser a fonte de dados para os estudos. Todas as regiões do Brasil apresentaram pelo menos 1 publicação quanto ao tipo de parto em estados brasileiros (n=25), ou capitais (n=17) ou cidades específicas (n=3). Dentre as 78 publicações incluídas, 38 (49,35%) mostrou que o parto vaginal foi o tipo de parto mais realizado, enquanto 39 (50,64%) mostrou que a cesariana foi o mais frequente. Até o início da década de 80 (n=10), o tipo de parto vaginal (n=10) era mais comum entre a população estudada variando de 96,7% em Salvador (1955) a 70,7% em Ribeirão Preto (1985). A partir da década de 80 até os dias atuais, os partos cesáreos (n=40) tornaram-se mais frequentes, principalmente em grandes cidades brasileiras, onde os percentuais de cesáreas variam de 51,7% no estado de São Paulo (1989) a 84,2% em São Paulo (2019), capital.

A Figura 3 demonstra as distribuições dos locais de nascimentos (Figura 3-A) e tipos de partos (Figura 3-B) no Brasil de 1930 a 2019. Em relação aos locais de

nascimentos (Figura 3-A), observou-se uma predominância dos partos domiciliares no Brasil que variaram de 94% na década de 30 a 74% na década de 50. Entre as décadas de 50 e 60, os partos hospitalares e domiciliares alcançaram um equilíbrio (48% e 52%, respectivamente). A partir da década de 60, os partos em ambiente hospitalar ultrapassaram os domiciliares, alcançando 85% na década de 80. A partir da década de 90, os partos em ambiente domiciliar chegaram a menos de 1%, sendo substituídos a partir da década de 2000 por “outros locais de parto”, onde estão incluídas as casas de parto.

De um total de 18.000 partos, a maioria foi vaginal, variando de cerca de 97% entre as décadas de 50 até 46% para a década de 2010. A partir da década de 60, houve um aumento acelerado do parto cesáreo, de modo que, entre as décadas de 80 e 90 o percentual de partos cesáreo e vaginal estavam em torno de 50-44% e 50-56%, respectivamente. A partir da década de 90, o percentual de parto cesáreo ultrapassou o vaginal e assim permaneceu até o final do estudo.

DISCUSSÃO

No início do século XVII, a Europa protagonizou o início da hospitalização e medicalização dos partos e nascimentos com a criação dos primeiros hospitais e maternidades especializados na assistência à saúde da mulher, consolidando-se de fato no século XX no período pós-guerra. No Brasil, isso ocorreu no final do século XIX com a criação dos primeiros hospitais e na primeira metade do século XX, quando o parto ainda acontecia em ambiente domiciliar, íntimo e familiar, sendo considerado um local seguro, acolhedor e compartilhado somente entre as mulheres e a parteira. O médico era solicitado em casos de emergência ou quando as parteiras não conseguiam evoluir o parto^{13,14}. Com a hospitalização dos nascimentos incluindo a padronização do hospital como o local mais adequado, o parto passou a ser visto como um ato médico e a parturiente como paciente

³. A partir da década de 60, a medicalização dos partos e nascimentos ocorreram de fato no Brasil. A transferência do parto domiciliar para o ambiente hospitalar foi simultânea a alguns eventos no país como o desenvolvimento de tecnologias como o fórceps e a anestesia peridural, a profissionalização da medicina, a urbanização, a industrialização, a modernização da economia quanto ao acesso e ao consumo, a reformulação de políticas e modelo em saúde, a valorização da escolaridade, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e o uso de métodos contraceptivos. A institucionalização dos nascimentos e partos ocasionou uma redução da morbimortalidade materna e infantil ^{3,15}.

Os achados do presente estudo sugerem que, dentre os estudos de base populacional realizados no Brasil, os partos realizados no ambiente hospitalar tiveram início discreto na década de 30 e evoluíram rapidamente nas diversas regiões do país ao longo dos anos. Até o final da década de 30, nas grandes capitais brasileiras como Rio de Janeiro e São Paulo, mais de 90% dos partos ocorriam em ambiente domiciliar. A literatura mostra que esses partos eram conduzidos por parteiras enquanto os médicos que faziam parto em casa tinham o auxílio de parteiras experientes ^{16,17}. Nas décadas de 30 e 40, observou-se um crescimento significativo no número de hospitais, maternidades e casas de saúde, com leitos gratuitos para a classe mais pobre da população ¹⁸. Nos anos 40 e 50, a literatura demonstrou que em São Paulo e Salvador cerca de 70% dos partos ainda eram realizados no domicílio ^{19,20}. Foi realizado em São Paulo entre 1950 e 1967, um estudo com 76.946 nascidos vivos, observando-se que o número de nascimentos que ocorreram em ambiente domiciliar diminuiu consideravelmente de 70% para valores em torno de 52% ²¹.

A partir da década de 70, com a medicalização efetiva dos partos e nascimentos, a literatura sugere que os partos em ambientes hospitalares passaram de 50% em capitais

como São Paulo e Salvador. Entre 1964 e 1985, foram poucas as publicações sobre o perfil epidemiológico de nascidos vivos na população brasileira. Nos anos 80, dois estudos realizados em Piauí e São Paulo, respectivamente, indicaram que os partos em hospitais giraram em torno de 80% dos nascidos vivos, enquanto os nascimentos no domicílio eram de 16,5% ^{22,23}.

Diante desse cenário, na década de 90, o Brasil presenciou um rápido declínio do parto domiciliar com o um aumento da hospitalização do mesmo, de modo que os partos realizados em ambiente hospitalar foram maiores que 98% em todas as regiões brasileiras. Nos anos 2000, o MS incluiu o local de nascimento no SINASC, de forma que alguns estudos demonstraram que o parto hospitalar atingiu um percentual maior que 95% no país. Em cidades mais desenvolvidas e com maior acesso aos serviços de saúde, como Rio de Janeiro e São Paulo, a hospitalização dos partos alcançou um patamar de 99% ^{24,25,26,27,28,29}. Mesmo nas áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do país, onde o acesso aos serviços de saúde é precário, os partos hospitalares atingiram percentuais maiores que 95% a partir do ano 2000 ^{27,30,31}.

Concomitante à medicalização dos partos e nascimentos, observou-se um aumento progressivo do parto cesáreo no Brasil nesse período de estudo ^{1,2,9,10}, de modo que o país passou a liderar o ranking mundial do parto cesáreo desde a década de 80 ^{4,11}. A partir de 2000, os partos cesáreos se tornaram ainda mais frequentes, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, atingindo percentuais acima de 70% ^{32,33}. Já em locais menos desenvolvidos e com dificuldades de acesso a serviços de saúde, como ocorre em algumas cidades da região Norte e Nordeste, como Piripiri (Piauí), Baturité (Ceará), Aracajú (Sergipe), São Luís (Maranhão), Goiana (Pernambuco), houve predominância do parto vaginal até 2010 ^{28,34,35,36,37}. O estudo *Nascer no Brasil*, um estudo nacional de base hospitalar composto por 23.894 puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de

fevereiro de 2011 a outubro de 2012, demonstrou que 52% dos nascimentos foi de parto cesáreo, tanto na rede pública quanto a privada apresentaram percentuais elevados, 46% no setor público e 88% no setor privado ³⁸.

Assim, apesar da recomendação da OMS para que os partos cesáreos tenham um limite de 10-15%, vários estudos brasileiros demonstraram que os percentuais estão acima do recomendado, ultrapassando 50% dos partos em algumas regiões do país. Dessa forma, existem evidências de que o parto cirúrgico pode estar ocorrendo de forma indiscriminada e exacerbada e o Brasil tem sido mencionado pela OMS e outras organizações que debatem o tema, como exemplo de um possível abuso quanto as cesáreas Cabe ressaltar, que embora a indicação de forma correta do parto cesáreo possa salvar vidas, sua realização indiscriminada leva ao aumento do risco de morte materna e infantil ^{3,39}.

Antes do ano de 1990, a informações sobre nascidos vivos no Brasil derivava dos dados provenientes do Sistema de Registro Civil, fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, as informações eram baseadas nos nascimentos registrados em cartório e apresentavam como desvantagem os níveis variados de sub-registros nas diferentes regiões do país. Com isso, essas informações não refletiam necessariamente a realidade de nascidos vivos, sendo questionável tanto sua abrangência quanto a autenticidade de dados e cobertura total de nascidos vivos ⁴⁰. A partir de 1990, o MS implantou o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que teve como propósito conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos no Brasil através de dados sobre os recém-nascidos, da mãe, do pré-natal e do parto, O SINASC é um sistema de informação de âmbito nacional com base na Declaração de Nascidos Vivos (DNV), que apresenta boa completitude para as informações de locais e tipos de parto com elevada cobertura (> 90%) na maior parte do território nacional ^{24,25}.

A presente revisão integrativa da literatura apresenta como vantagem a inclusão apenas das publicações que utilizaram o Registro Civil e o SINASC como fonte de dados, contando com a padronização na coleta das informações sobre locais e tipos de partos. Além disso, a cobertura populacional desse sistema, sua publicidade e confiabilidade permitiram que os resultados dos estudos incluídos fossem comparáveis em todo o território nacional. Contudo este estudo apresenta limitações como o fato de que a cobertura nacional do registro civil antes da década de 90 era bem menor do que o SINASC, criado após esse período. Por outro lado, os estudos dessa revisão indicaram que antes dos anos 90, os partos eram essencialmente feitos em ambiente domiciliar e seria pouco provável que a cobertura nesse período fosse maior nos domicílios em detrimento aos hospitais.

CONCLUSÃO

No Brasil, a medicalização e hospitalização dos partos ocorreu a partir da década de 30, de modo que antes da década de 70 os partos eram essencialmente feitos em domicílio e passaram a ser mais frequentemente realizados em ambiente hospitalar após esse período. Ao longo do tempo, observou-se um aumento menos acentuado porém progressivo do percentual de partos cesáreos em todo país. Contudo, nos locais mais urbanizados e desenvolvidos, como as cidades e estados da região Sudeste, esse aumento ocorreu de forma mais acelerada e acentuada do que no Norte e Nordeste. O conhecimento sobre as características dos nascimentos como o local e tipos de partos com estudos de base populacional assume grande relevância, pois possibilita a construção de indicadores epidemiológicos, demográficos e econômicos com base na realidade de cada região. Esses indicadores de saúde permitiram o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas, programas e ações de saúde públicas na atenção materno-infantil, além de

distinguir os grupos mais vulneráveis em termos de perfil sócio econômicos e demográficos, e de utilização de hospitais públicos e privados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leal MC, Bittencout AS, Pereira APE, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 7:1-13.
2. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN da, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37:140-147.
3. Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:85-100.
4. Palharini LA, Figueirôa SFM. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2018; 25:1039-61.
5. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxas de cesáreas em diferentes países. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45:185-94.
6. Guimarães RM, Silva RLPD, Dutra VGP, Andrade PG, Pereira ACR, Jomar RT, Freire RP. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife. 2017; 17:581-590.

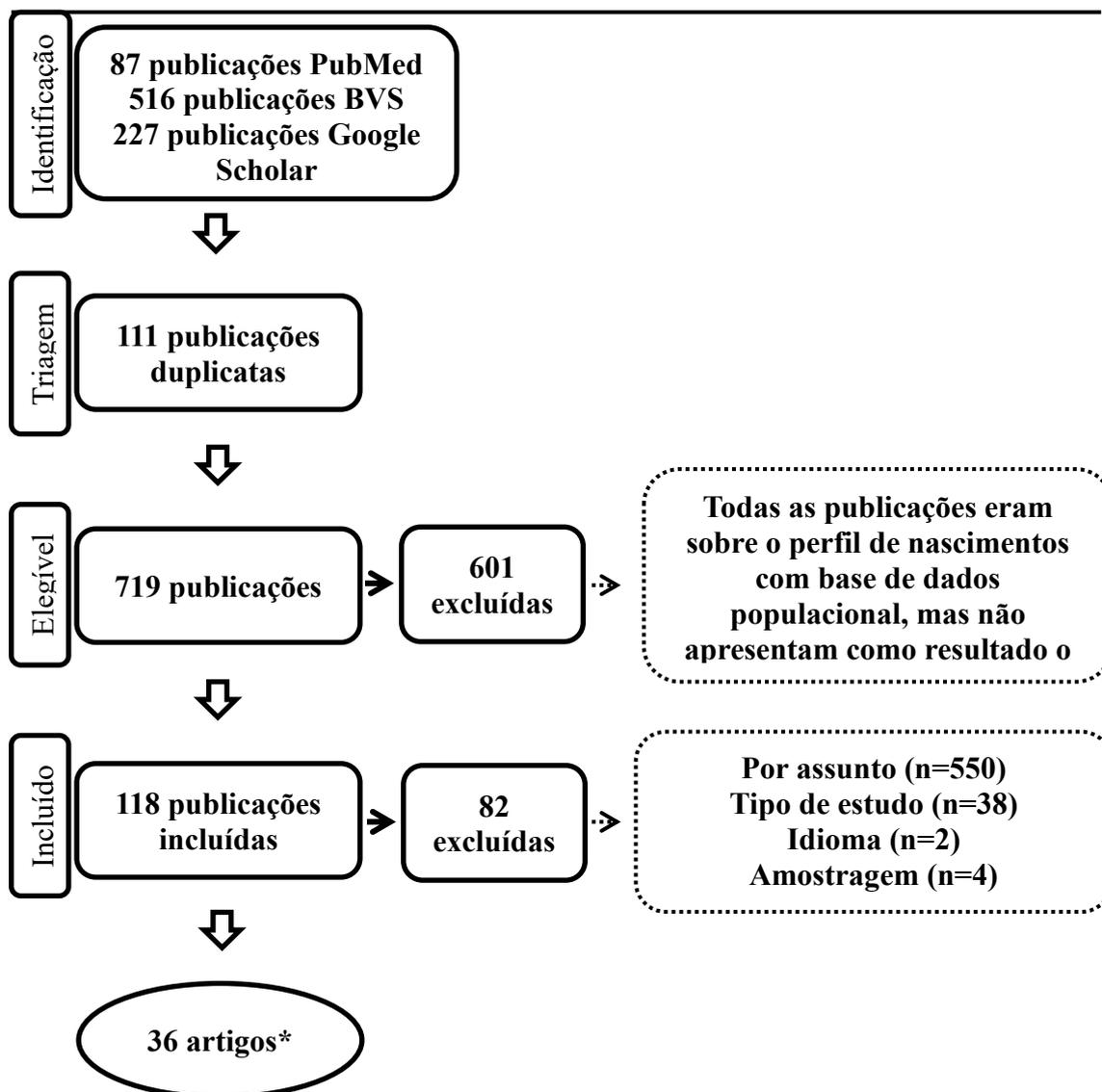
7. WHO. World Health Organization. Statement on caesarean section rates. c2015. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3 >. Acesso em: 13 de mai. de 2019.
8. Ye JE, Zhang, J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and € maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016; 123:746-53.
9. Teixeira LA, Nakano AR, Nucci MF. Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas. *Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2018; 25:913-15.
10. Lima WS, Santana MDO, Oliveiro MC. Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo. *Rev. Multidebates* 2018; 2:41-55.
11. Santos RA, Melo CP, Cruz DD. Trajetória da humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão interativa de literatura. *Cad. de Cultura e Ciência* 2015; 13:76-89.
12. Munn Z, Moola S, Riitano D, Lisy K. The development of a critical appraisal tool for use in systematic reviews addressing questions of prevalence. *Int J Health Policy Manag.* 2014;3(3):123-128.

13. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43:98-104.
14. Leister N. Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. São Paulo. Dissertação [Mestrado] - Universidade de São Paulo, São Paulo; 2011.
15. Gualda DMR. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. *Rev. Esc. Enferm. USP* 1994; 28:332-336.
16. Braga E. Da assistência ao parto nas maternidades. *Rev. de Ginecologia e d`Obstetrícia* 1937; 31:291-97.
17. Fontenelle JP. A higiene pré-natal nos centros de saúde. *A Folha Médica* 1938; 1:156-58.
18. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História, São Paulo* 2002; 25:197-19.
19. Goffi OS. A assistência à parturiente pobre em São Paulo. *Rev. Medicina e Cirurgia de São Paulo* 1948; 8:144-58.
20. Santos Filho A. “A assistência ao parto em domicílio (a experiência da Bahia)”. *Anais do Primeiro Congresso de Hospitais, Rio de Janeiro*. 1955; 1:449-58.

21. Yunes J. Os níveis de saúde município de São Paulo de 1961 a 1967. Rev. Saúde Pública 1969; 8:41-50.
22. Portela MHRB. Sub-registros de nascimentos vivos em localidade do Estado de Piauí, Brasil. Rev. de Saúde Pública 1989; 23:493-01.
23. D'Oleo RJM, Fávero M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. Rev. Saúde Pública 1992; 26:256-63.
24. Mello Jorge MHP, Goltlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do sistema de informação dos nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatística de saúde. Rev. Saúde Pública 1993; 27 Suppl 6:1-46.
25. Silva RI, Theme Filha MMT, Noronha CO. Sistema de informação sobre nascidos vivos na cidade do Rio de Janeiro 1993/1996. Inf. Epidemiol 1997; 6:33-48.
26. Morcillo AM, Carniel EF, Zanolli ML, Antônio MARGM. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. Rev. Paul. Pediatría 2010; 28:269-75.
27. Carvalho IS, Costa PF da, Oliveira JC de, Brito RS de. Perfil epidemiológico de partos e nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico. Rev. Enfermagem UFPE 2014; 8 Suppl 2:3847-54.

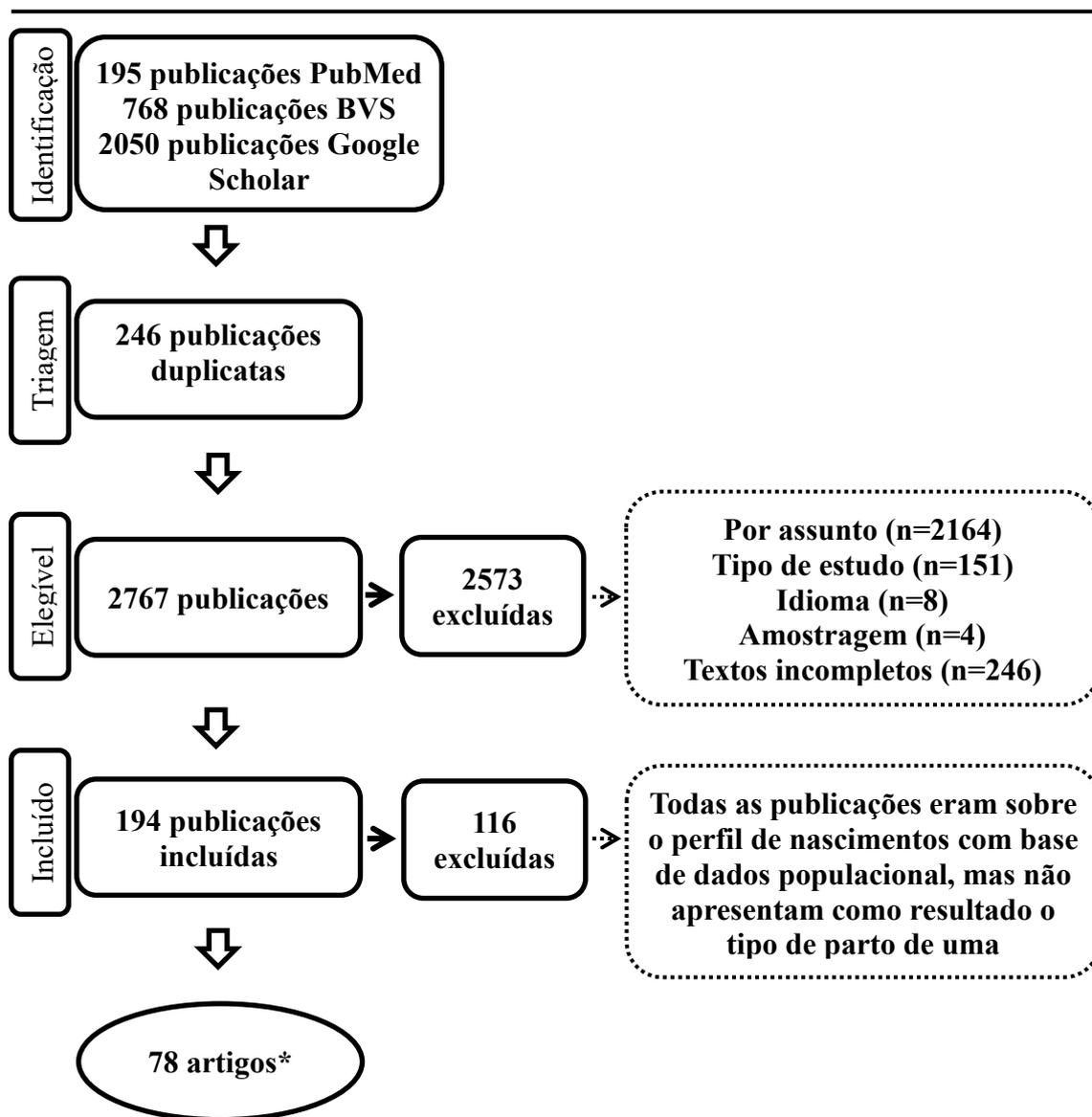
28. Silva AAM, Ribeiro VS, Borba Junior AF, Coimbra LC, Silva RA. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35: 508-14.
29. Ribeiro JF, Lita JAC, Fontinele AVC, Santos PO, Lima FF, Galvão TCCP. Epidemiologia de nascidos vivos de mães residentes em uma capital do nordeste. *Rev. Prev. Infec. Saúde* 2018; 4:1-8.
30. Oliveira NC de, Moura ERF, Silva CF da. Perfil dos nascidos vivos de Maranguape-CE: a partir da série histórica de 2000 a 2003. *Rev. Rene. Fortaleza* 2007; 8:52-59.
31. Santos GM dos, Silva AJA, Costa RF da, Silva LA da, Sousa CRO, Barreto MTS. Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste brasileiro. *Rev. UNINGÁ Review* 2017; 31:12-18.
32. Oliveira RR de, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2016; 50:734-41.
33. Sousa WC de, Knupp VCR, Regazzi ICR. Perfil epidemiológico do parto no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Cient. da Saúde* 2017; 2:43-52.
34. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2006; 6:175-181.

35. Queiroz MVO, Silva NSJ, Jorge MSB, Moreira TMM. Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev. Bras. Enfermagem* 2005; 58:687-91.
36. Gurgel RQ, Nery AMAG, Almeida MLD, Oliveira ERR, Lima DDF, Bettiol H, Barbieri MC. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2009; 9:167-77.
37. Santos GHN, Martins MG, Batalha SJC. Impacto da idade materna e os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2009; 31:326-34.
38. Domingues RMS, Dias MAB, Nakamura MP, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:101-16.
39. Leão MRC, Riesco MLC, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013; 18:2395-00.
40. Mello Jorge MHP de. Sub-registro dos eventos vitais: estratégias para a sua diminuição. *Rev. Saúde Pública* 1983; 17:148-51.



*9 artigos somente sobre o local e 27 artigos sobre o local e tipo de nascimentos.

Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos sobre o local de ocorrência dos nascimentos no Brasil.



*51 artigos somente sobre tipos e 27 artigos sobre local e tipos de partos.

Figura 2: Fluxograma da seleção dos estudos sobre os tipos de partos no Brasil.

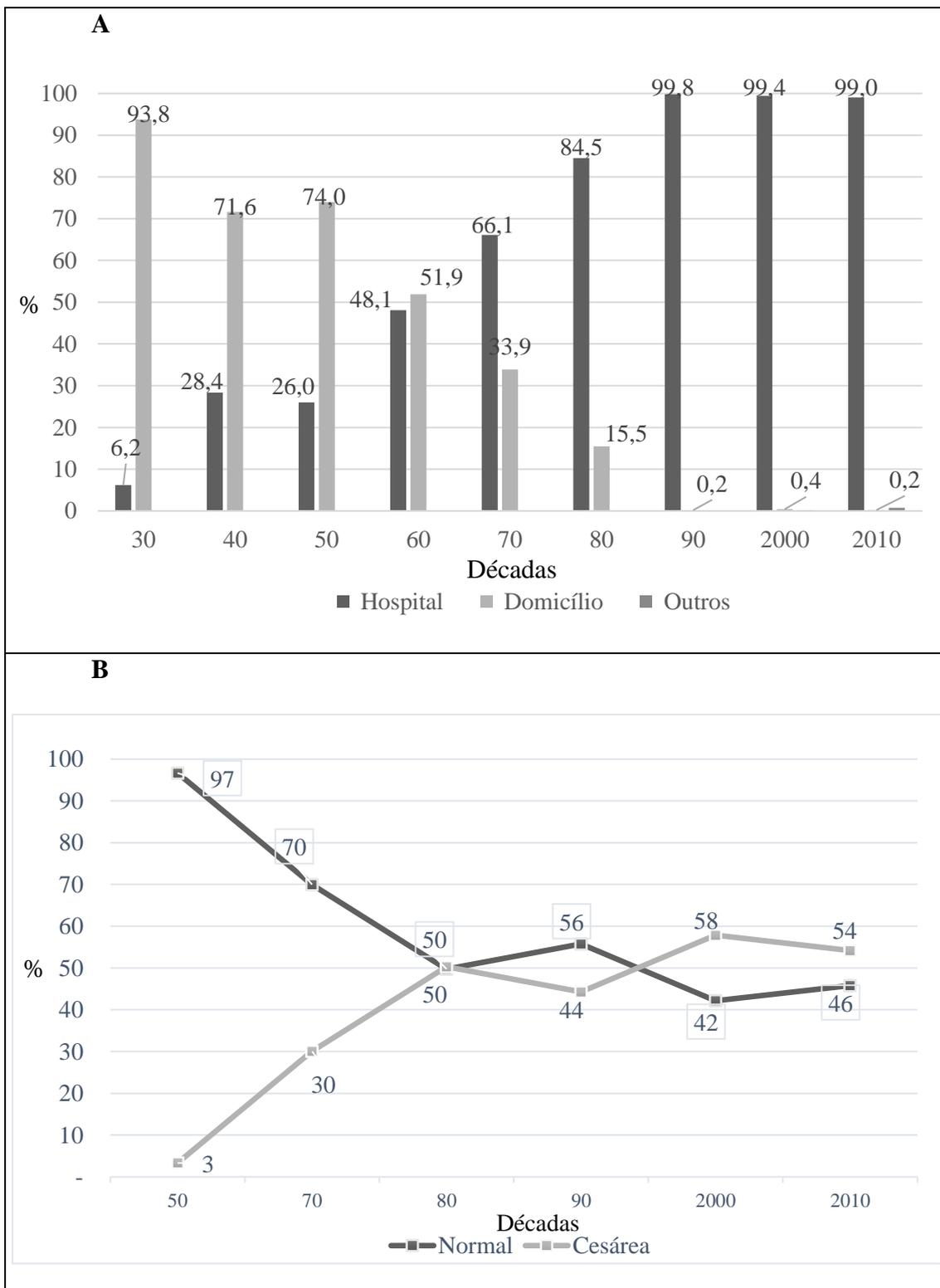


Figura 3: Distribuições do local de ocorrência dos nascimentos e tipos de partos no Brasil.

Quadro 1. Evolução histórica do local de ocorrência dos nascimentos no Brasil, de 1930 a 2018.

Autor/Ano	Período/Local	Base de dados	População *	Local do parto **	Avaliação da qualidade***
BRAGA, 1937	1930/São Paulo, BRA	Registro civil	18.000 NV	Hospitais/maternidades: 5,00% / Parteiras diplomadas: 10,00% / Domicílio: 85,00%	Média: 5,5
FONTENELLE, 1938	1936-1938/Rio de Janeiro, BRA	Registro civil	8.316 NV	Hospital: 10,00% / Domicílio: 90,00%	Média: 5,0
GOFFI, 1948	1945/São Paulo, BRA	Registro civil	39.404 NV	Hospital: 29,60% / Domicílio: 70,40%	Média: 6,0
SANTOS FILHO, 1955	1947-1954/Salvador, BA	Registro civil	5.199 NV	Hospital: 26,01% / Domicílio: 73,99%	Média: 5,0

continua

continuação

YUNES, 1969	1961-1967/São Paulo, BRA	Registro civil	954.987 NV	Hospital: 48,08% / Domicílio: 51,92%	Média: 6,0
ALMEIDA, 1979	1977/Salvador, BA	Registro civil	472 NV	Hospital: 96,00% / Domicílio: 4,00%	Média: 6,0
TANAKA et al., 1989	1980-1984/São Paulo, BRA	Registro civil	454.220 NV	Hospital: 89,60% / Domicílio: 10,03% / Ignorados: 0,10%	Alta: 9,0
PORTELA, 1989	1983-1984/Piripiri, PI	Registro civil	2.094 NV	Hospital: 99,75% / Domicílio: 0,15% / Ignorados: 0,10%	Média: 7,0
D'OLEO, FÁVERO, 1992	1988/Ribeirão Preto, SP	Registro civil	126.297 NV	Hospital: 99,10% / Domicílio: 0,40% / Outros: 0,50%	Média: 6,0
MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1993	1992/São Paulo, BRA	SINASC	15.142 NV	Hospital: 99,60% / Fora do hospital: 0,40%	Alta: 9,5

continua

continuação

RODRIGUES <i>et al.</i> , 1997	1992-1994/Belo Horizonte, MG	SINASC	119.732NV	Hospital: 99,80% / Domicílio: 0,20% / Ignorados: 0,007%	Alta: 9,5
MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1997	1994/Londrina, PR	SINASC	4.292 NV	Hospital: 99,70% / Domicílio: 0,20% / Ignorado: 0,10%	Alta: 9,5
SILVA <i>et al.</i> , 1997	1993-1996/Rio de Janeiro, BRA	SINASC	388.495 NV	Hospital: 99,90% / Domicílio: 0,10%	Alta: 10,0
HELENA, WISBECK, 1998	1994-1997/Blumenau, SC	SINASC	18.660 NV	Hospital: 99,70% / Domicílio: 0,20% / Outros lugares: 0,10%	Alta: 9,0
MASCARENHAS <i>et al.</i> , 2006	2000-2002/Piripiri, PI	SINASC	3.636 NV	Hospital: 99,60% / Domicílio: 0,40%	Alta: 9,0

continua

continuação

OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2007	2000-2003/Maranguape, CE	SINASC	5.032 NV	Hospital: 98,80% / Domicílio: 1,20%	Alta: 8,5
MORCILLO <i>et al.</i> , 2010	2001-2005/Campinas, SP	SINASC	13.656 NV	Hospital: 99,80% / Domicílio: 0,20%	Alta: 10,0
LIMA <i>et al.</i> , 2012	2001-2005/Serra, ES	SINASC	32.275 NV	Hospital: 99,80% / Ignorado: 0,20%	Alta: 9,5
SILVA <i>et al.</i> , 2009	2006/São Paulo, BRA	SINASC	154.676 NV	Hospital: 99,35% / Domicílio: 0,30% / OES: 0,35%	Alta: 9,0
GABANI <i>et al.</i> , 2010	1994-2007/Londrina, PR	SINASC	105.776 NV	Hospital: 99,64% / Domicílio: 0,23% / Outros: 0,13%	Alta: 9,0
RODRIGUES, ZAGONEL, 2010	2000-2008/Foz do Iguaçu, PR	SINASC	49.742 NV	Hospital: 99,45% / Outros: 0,55%	Alta: 9,0

continua

continuação

MOTTA <i>et al.</i> , 2011	2008/Brasília, DF	SINASC	44.119 NV	Hospital: 99,90% / Outros: 0,10%	Alta: 9,5
CAVALCANTI, 2012	2009/Goiana, PE	SINASC	1.230 NV	Hospital: 99,51% / Domicílio: 0,41% / OES: 0,08 %	Alta: 9,5
CRAVO, OLIVEIRA, 2012	2010/Aracajú, SE	SINASC	9.367 NV	Hospital: 99,51% / Domicílio: 0,40% / OES: 0,03% / Outros: 0,06%	Alta: 9,5
CARVALHO <i>et al.</i> , 2014	2008-2011/Rio Grande do Norte, BRA	SINASC	196.632 NV	Hospital: 97,80% / Domicílio: 0,20% / OES: 1,90% / Outros: 0,10%	Alta: 8,5
OLIVEIRA, CARNIEL, 2013	2012/Ji-Paraná, RO	SINASC	2.450 NV	Hospital: 99,55% / Domicílio: 0,12% /OES: 0,12% / Outros: 0,20%	Alta: 9,0
REGO, MATÃO, 2016	2010-2012/ Goiânia, GO	SINASC	31.024 NV	Hospital: 99,00% / Domicílio: 0,30% / OES: 0,50% / Outros: 0,20%	Alta: 9,5

continua

continuação

CORREIO <i>et al.</i> , 2016	2011-2013/Chapecó, SC	SINASC	5.918 NV	Hospital: 99,70% / Domicílio: 0,20% / Outros: 0,10%	Alta: 9,0
RIBEIRO <i>et al.</i> , 2018	2000-2013/Teresina, PI	SINASC	200.968 NV	Hospital: 99,00% / Domicílio: 0,09% / OES: 0,90% / Outros: 0,01%	Alta: 8,5
FERREIRA <i>et al.</i> , 2018	1994-2014/Belo Horizonte, MG	SINASC	738.314 NV	Hospital: 99,60% / Domicílio: 0,20% / OES: 0,05% / Outros: 0,05% / Ignorado: 0,10%	Alta: 8,5
BONILHA <i>et al.</i> , 2015	2001-2014/São Paulo, BRA	SINASC	2.713.146 NV	Hospital: 99,68% / Ignorado: 0,32%	Alta: 9,5
SANTOS <i>et al.</i> , 2017	2005-2015/Piauí, BRA	SINASC	588.473 NV	Hospital: 95,10% / Domicílio: 1,20% / OES: 3,60% / Outros: 0,09% / Ignorado: 0,01%	Alta: 8,5

continua

continuação

SILVA, 2018	2011-2015/Caruaru, PE	SINASC	98.568 NV	Hospital: 99,17% / Domicílio: 0,37% / OES: 0,24% /Outros: 0,22%	Média: 7,5
ÁVILA <i>et al.</i> , 2019	2010-2016/Goiás, BRA	SINASC	575.850 NV	Hospital: 99,50% / Domicílio: 0,19% / Outros: 0,31%	Alta: 9,5
DANTAS, COSTA, 2019	2012-2016/Sergipe, BRA	SINASC	169.840 NV	Hospital: 99,03% / Domicílio: 0,50% / OES: 0,16% / Outros: 0,30% / Ignorado: 0,002%	Média: 7,5
SALEH <i>et al.</i> , 2019	2003-2018/São Paulo, SP	SINASC	2.559.496 NV	Hospital: 99,07% / Domicílio: 0,03% / Ignorado: 0,001%	Alta: 8,0

*NV: nascidos vivos. **OES: outros estabelecimentos de saúde. ***Avaliação da qualidade das publicações de acordo com Munn et al.,

2014.

Quadro 2: Evolução dos tipos de partos no Brasil, de 1947 a 2018.

Autor/Ano	Período	Local	População *	Tipo de parto	Avaliação da qualidade **
SANTOS FILHO, 1955	1947-1954	Salvador, BA	5.199 NV	Vaginal: 96,70% / Cesáreo: 3,30%	Média: 5,0
SIQUEIRA <i>et al.</i> , 1981	1973-1974	São Paulo, BRA	16.095 NV	Vaginal: 80,70% / Fórceps: 3,30% / Cesáreo: 15,97%	Alta: 8,5
CARVALHEIRO, 1978	1972-1974	Ribeirão Preto, SP	17.194 NV	Vaginal: 70,00% / Fórceps: 3,30% / Cesáreo: 21,80% / Outros: 4,90%	Alta: 8,5
GOFFI, 1979	1977-1978	São Paulo, SP	39.012 NV	Vaginal: 62,60% / Cesáreo: 37,40%	Alta: 8,0

continua

continuação

GOMES <i>et al.</i> , 1990	1978-1979	Ribeirão Preto, SP	9.048 NV	Vaginal: 66,00% / Fórceps: 3,00% / Cesáreo: 30,20% / Outros: 0,80%	Alta: 8,0
BETTIOL <i>et al.</i> , 1990	1978-1979	Ribeirão Preto, SP	3.663 NV	Vaginal: 53,20% / Cesáreo: 43,80%	Alta: 8,0
YASLLE ROCHA <i>et al.</i> , 1985	1978-1981	Ribeirão Preto, SP	36.956 NV	Vaginal:70,70% / Cesáreo: 29,30%	Alta: 9,0
TANAKA <i>et al.</i> , 1989	1980-1984	São Paulo, BRA	454.520 NV	Vaginal: 53,80% / Cesáreo: 46,20%	Alta: 9,0
LOFFREDO, SIMÕES, 1990	1986	Araraquara, SP	4.776 NV	Vaginal: 24,30% / Cesáreo: 75,70%	Alta: 9,0
MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1993	1992	São Paulo, BRA	15.142 NV	Vaginal: 51,60% / Cesáreo: 48,40%	Alta: 9,5
RODRIGUES <i>et al.</i> , 1997	1992-1994	Belo Horizonte, MG	119.732 NV	Vaginal: 54,90% / Fórceps:2,40% / Cesáreo: 42,70%	Alta: 9,5

continua

continuação

MELLO JORGE <i>et al.</i> , 1997	1994	Londrina, PR	4.292 NV	Vaginal: 46,10% / Cesáreo: 52,90%	Alta: 9,5
BETTIOL <i>et al.</i> , 1998	1994	Ribeirão Preto, SP	3.579 NV	Vaginal: 46,80% / Cesáreo: 53,20%	Alta: 10,0
CAMPOS, CARVALHO, 2000	1995	Rio de Janeiro, BRA	107.157 NV	Vaginal: 46,00% / Cesáreo: 54,00%	Alta: 10,0
SILVA, 2006	1995	Maringá, PR	2.498 NV	Vaginal: 19,80% / Fórceps: 0,40% / Cesáreo: 79,80%	Alta: 8,5
YAZLLE <i>et al.</i> , 2001	1986-1995	Ribeirão Preto, SP	86.120 NV	Vaginal: 51,70% / Cesáreo: 48,30%	Alta: 9,0
SILVA <i>et al.</i> , 1997	1993-1996	Rio de Janeiro, BRA	388.495 NV	Vaginal: 55,40% / Cesáreo: 44,60%	Alta: 10,0
SANTOS <i>et al.</i> , 2001	1994-1996	Rio Branco, AC	23.961 NV	Vaginal: 74,50% / Cesáreo: 25,50%	Média: 7,0
MAIA, 1997	1995-1996	Minas Gerais, BRA	2.315 NV	Vaginal: 40,90% / Cesáreo: 59,10%	Alta: 8,5

continua

continuação

AZEVEDO <i>et al.</i> , 2002	1997	Rio Grande do Norte, BRA	44.119 NV	Vaginal: 72,30% / Fórceps: 1,10% / Cesáreo: 26,60%	Alta: 9,0
HELENA, WISBECK, 1998	1994-1997	Blumenau, SC	4.600 NV	Vaginal: 58,30% / Cesáreo: 41,70%	Alta: 9,0
NASCIMENTO, GOLTLIEB, 2001	1998	Guaratinguetá, SP	2.018 NV	Vaginal: 31,76% / Cesáreo: 68,24%	Alta: 9,0
SILVA <i>et al.</i> , 2001	1997-1998	São Luís, MA	2.831 NV	Vaginal: 76,20% / Cesáreo: 33,80%	Alta: 9,0
FRANCESCHINI, 2008	2000	Belo Horizonte, BRA	38.623 NV	Vaginal: 56,10% / Cesáreo: 43,90%	Alta: 9,0
SILVA, BARROS, 2004	1998-2001	Presidente Prudente, SP	12.309 NV	Vaginal: 31,98% / Cesáreo: 68,02%	Alta: 8,5
LEAL <i>et al.</i> , 2004	1999-2001	Rio de Janeiro, BRA	10.041 NV	Vaginal: 50,60% / Cesáreo: 49,40%	Alta: 10,0

continua

continuação

CARNIEL <i>et al.</i> , 2006	2001	Campinas, SP	14.444 NV	Vaginal: 46,10% / Cesáreo: 54,90%	Alta: 9,0
FRICHE <i>et al.</i> , 2006	2001	Belo Horizonte, MG	36.127 NV	Vaginal: 56,40% / Cesáreo: 43,60%	Alta: 9,0
MASCARENHAS <i>et al.</i> , 2006	2000-2002	Piripiri, PI	3.636 NV	Vaginal: 75,00% / Cesáreo: 25,00%	Alta: 9,0
KILSZTAIN <i>et al.</i> , 2007	2003	São Paulo, BRA	987.574 NV	Vaginal: 49,42% / Cesáreo: 50,58%	Alta: 8,5
QUEIROZ <i>et al.</i> , 2005	2003-2004	Baturité, CE	1.200 NV	Vaginal: 60,00% / Cesáreo: 40,00%	Alta: 8,0
MASCARELLO <i>et al.</i> , 2018	2004	Pelotas, RS	4.244 NV	Vaginal: 55,10% / Cesáreo: 44,90%	Alta: 9,0
BARROS <i>et al.</i> , 2006	2004	Pelotas, RS	4.558 NV	Vaginal: 54,60% / Cesáreo: 45,40%	Alta: 9,0
HAU <i>et al.</i> , 2009	2004	Vale do Paraíba, SP	14.908 NV	Vaginal: 43,70% / Cesáreo: 56,30%	Alta: 9,0
KNUPP <i>et al.</i> , 2008	2001-2004	Rio de Janeiro, BRA	347.255 NV	Vaginal: 52,20% / Cesáreo: 47,80%	Alta: 9,0

continua

continuação

LIMA <i>et al.</i> , 2012	2001-2005	Serra, ES	32.275 NV	Vaginal: 54,20% / Cesáreo: 45,80%	Alta: 9,5
MORCILLO <i>et al.</i> , 2010	2001-2005	Campinas, SP	13.656 NV	Vaginal: 42,40% / Cesáreo: 57,60%	Alta: 10,0
GURGEL <i>et al.</i> , 2009	2005	Aracajú, SE	4.746 NV	Vaginal: 68,30% / Cesáreo: 31,70%	Alta: 10,0
NORONHA <i>et al.</i> , 2012	2005-2006	Rio de janeiro, RJ	85.402 NV	Vaginal: 48,70% / Cesáreo: 50,80% / Ignorados: 0,40%	Alta: 9,5
MELO, MATHIAS, 2010	2006	Paraná, BRA	153.598 NV	Vaginal: 51,80% / Cesáreo: 48,20%	Alta: 8,0
SANTOS <i>et al.</i> , 2009	2006	São Luís, MA	2.196 NV	Vaginal: 52,70% / Cesáreo: 47,30%	Média: 7,5
GABANI <i>et al.</i> , 2010	1994-2007	Londrina, PR	105.776 NV	Vaginal: 47,13% / Cesáreo: 52,87%	Alta: 9,0
PEREIRA JUNIOR, HENRIQUES, 2010	2001-2007	Viçosa, MG	7.229 NV	Vaginal: 41,50% / Cesáreo: 58,50%	Alta: 9,5

continua

continuação

CESAR <i>et al.</i> , 2011	2007	Rio Grande, RS	2.557 NV	Vaginal: 30,20% / Cesáreo: 69,80%	Alta: 9,5
MOTTA <i>et al.</i> , 2011	2008	Brasília, DF	44.119 NV	Vaginal: 48,20% / Cesáreo: 51,80%	Alta: 9,5
RODRIGUES, ZAGONEL, 2010	2000-2008	Foz do Iguaçu, PR	49.742 NV	Vaginal: 55,63% / Cesáreo: 44,32% / Ignorado: 0,14%	Alta: 9,0
ROZARIO <i>et al.</i> , 2013	2000-2009	Niterói, RJ	62.449 NV	Vaginal: 35,60% / Cesáreo: 64,40%	Alta: 9,5
PADILHA <i>et al.</i> , 2013	2005-2009	Santa Maria, RS	16.504 NV	Vaginal: 37,63% / Cesáreo: 62,37%	Alta: 8,0
CAVALCANTI, 2012	2009	Goiana, PE	1.230 NV	Vaginal: 67,73% / Cesáreo: 32,27%	Alta: 9,5
TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2017	2004-2010	São Gonçalo, RJ	1.519.095 NV	Vaginal: 31,67% / Cesáreo: 68,33%	Alta: 9,5
PADILHA <i>et al.</i> , 2013	2005-2010	Rio Grande do Sul, BRA	823.609 NV	Vaginal: 46,91% / Cesáreo: 53,08%	Alta: 9,0

continua

continuação

PADILHA <i>et al.</i> , 2013	2005-2010	Rio Grande do Sul, BRA	823.609 NV	Vaginal: 46,91% / Cesáreo: 53,08%	Alta: 9,0
SANTANA <i>et al.</i> , 2010	2008-2010	Augustinópolis, TO	2.009 NV	Vaginal: 74,42% / Cesáreo: 25,58%	Alta: 9,5
CRAVO, OLIVEIRA, 2012	2010	Aracajú, SE	9.367 NV	Vaginal: 57,15% / Cesáreo: 47,85%	Alta: 9,5
CARVALHO <i>et al.</i> , 2014	2008-2011	Rio Grande do Norte, BRA	196.632 NV	Vaginal: 22,77% / Cesáreo: 77,29%	Alta: 8,5
CELLA, MARINHO, 2017	2006-2012	Tefé, AM	11.331 NV	Vaginal: 81,55% / Cesáreo: 18,41% / Ignorado: 0,04%	Alta: 9,5
REGO, MATÃO, 2016	2010-2012	Goiânia, GO	31.024 NV	Vaginal: 50,80% / Cesáreo: 49,20%	Alta: 9,5
OLIVEIRA, CARNIEL, 2013	2012	Ji-Paraná, RO	2.450 NV	Vaginal: 39,89% / Cesáreo: 60,11%	Alta: 9,0

continua

continuação

PAES, SOLER, 2019	2012	São Paulo, BRA	2.846 NV	Vaginal: 15,70% / Cesáreo:84,20% / Ignorado: 0,10%	Alta: 9,0
MATTEI, CARRENO, 2017	2012	Rio Grande do Sul, BRA	138.941 NV	Vaginal: 38,00% / Cesáreo:62,00% / Ignorado: 0,01%	Alta: 9,0
FREITAS, VIEIRA, 2019	2012	Santa Catarina, BRA	56.632 NV	Vaginal: 39,40% / Cesáreo: 60,60%	Alta: 9,0
RODRIGUES, 2012	2012	Região Sul, BRA	4.036 NV	Vaginal: 43,00% / Cesáreo: 57,00%	Alta: 9,0
CORREIO <i>et al.</i> , 2016	2011-2013	Chapecó, SC	5.918 NV	Vaginal: 34,50% / Cesáreo: 65,50%	Alta: 9,0
RIBEIRO <i>et al.</i> , 2018	2000-2013	Teresina, PI	200.968 NV	Vaginal: 47,40% / Cesáreo: 52,60%	Alta: 8,5
FERREIRA <i>et al.</i> , 2018	1994-2014	Belo Horizonte, MG	738.314 NV	Vaginal: 51,80% / Cesáreo: 49,20%	Alta: 8,5

continua

continuação

BONILHA et al., 2015	2001-2014	São Paulo, BRA	2.713.146 NV	Vaginal: 45,53% / Cesáreo: 54,42% / Ignorados: 0,05%	Alta: 9,5
AMARI, 2018	2003-2014	Paraná, BRA	1.853.325 NV	Vaginal: 44,10% / Cesáreo: 55,90% / Ignorados: 0,04%	Alta: 8,0
PAES, SOLER, 2017	2006-2014	São José do Rio Preto, SP	24.247 NV	Vaginal: 19,90% / Cesáreo: 80,10%	Alta: 8,5
SOUSA <i>et al.</i> , 2017	2015	Rio de Janeiro, BRA	236.960 NV	Vaginal: 20,30% / Cesáreo: 79,70%	Alta: 8,5
SANTOS <i>et al.</i> , 2017	2005-2015	Piauí, BRA	588.473 NV	Vaginal: 53,90% / Cesáreo: 46,10%	Alta: 9,5
SILVA, 2018	2011-2015	Caruaru, PE	98.568 NV	Vaginal: 45,40% / Cesáreo: 54,60%	Média: 7,5
ÁVILA <i>et al.</i> , 2019	2010-2016	Goiás, BRA	575.850 NV	Vaginal: 30,20% / Cesáreo: 69,54% / Ignorado: 0,23%	Alta: 9,5

continua

continuação

SILVA <i>et al.</i> , 2018	2015-2016	Imperatriz, MA	24.246 NV	Vaginal: 44,37% / Cesáreo: 55,63%	Média: 7,5
SANTOS <i>et al.</i> , 2019	2016	Sergipe, BRA	32.218 NV	Vaginal: 58,56% / Cesáreo: 41,44%	Alta: 8,5
DANTAS, COSTA, 2019	2012-2016	Aracajú, SE	169.840 NV	Vaginal: 57,41% / Cesáreo: 42,59%	Média: 7,5
MINOSSO, TOSO, 2019	2017	Cascavel, PR	4.704 NV	Vaginal: 38,49% / Cesáreo: 61,51%	Alta: 8,0
OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2020	2013-2017	Minas Gerais, BRA	1.108.615 NV	Vaginal: 42,50% / Cesáreo: 57,30% / Ignorado: 0,20%	Alta: 8,0
SALEH <i>et al.</i> , 2019	2003-2018	São Paulo, SP	2.558.496NV	Vaginal: 48,40% / Cesáreo: 51,60%	Alta: 8,0
SILVA <i>et al.</i> , 2020	2014-2018	Ji-Paraná, RO	10.157 NV	Vaginal: 36,55% / Cesáreo: 63,45%	Alta: 9,0

*NV: nascidos vivos. **Avaliação da qualidade das publicações de acordo com Munn et al., 2014.

5.2 Parte 2: Perfil clínico-epidemiológico dos nascimentos nos hospitais no município do Rio de Janeiro: um estudo de base populacional

5.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo transversal de base populacional realizado na coorte de nascidos no município do Rio de Janeiro entre 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2017, realizado com dados secundários do Sistema de Informações Nascidos Vivos (SINASC).

5.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com as informações dos hospitais no município do Rio de Janeiro, capital do Estado do Rio de Janeiro, que está localizado na região Sudeste do Brasil tendo como divisa os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo. O município é dividido em 33 regiões administrativas e 160 bairros (IBGE, 2017).

Estima-se 6.688.927 de habitantes para o ano de 2018, com território total de 1.197,463 km², e uma média de 5.265,82 habitante por km² (IBGE, 2018). O rendimento médio mensal dos trabalhadores formais é de 4,1 salários mínimos. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo era de 31.4 % (IBGE, 2017).

5.2.3 População do estudo

Foram elegíveis para o estudo o conjunto de puérperas e seus nascidos vivos admitidas nos hospitais do município do Rio de Janeiro no período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2017 incluídos no SINASC.

5.2.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nas bases do SINASC, disponibilizados por meio do site DATASUS (www.datasus.gov.br) e pela Coordenação de Análise de Situação de Saúde/ Gerência de Dados Vitais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) e Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). As instituições foram categorizadas segundo o prestador de serviço em saúde (público e privado).

5.2.5 Variáveis do estudo

As variáveis selecionadas foram: as sociodemográficas maternas (idade, escolaridade, raça/cor da pele, estado civil, bairro de residência das mães); as obstétricas maternas (número de consultas de pré-natal, duração da gestação, trimestre de início do pré-natal, paridade, tipo de apresentação, quantidade de filhos vivos, quantidade de filhos mortos, número de gestações anteriores, trabalho de parto induzido, nascimento assistido, tipo de parto e local de nascimento); as dos nascidos vivos (sexo, peso ao nascer, prematuridade, APGAR 1º minuto, APGAR 5º minuto, anomalia congênita) coletadas a partir de dados do SINASC (Quadro 3).

Quadro 3. Características maternas, obstétricas e dos nascidos vivos.

Características sociodemográficas maternas		
Variáveis	Definição	Categoria
Idade	Idade na data do parto auto referida (IBGE, 2010)	10 a 14 anos 15 a 19 anos 20 a 34 anos ≥ 35 anos
Escolaridade	Nível de instrução auto referida (IBGE, 2010)	Sem escolaridade Fundamental I (1 ^a a 4 ^a séries) Fundamental I (5 ^a a 8 ^a séries) Médio (2 ^o grau) Superior incompleto

		Superior completo
Raça/cor da pele	Cor da pele auto referida (IBGE, 2010)	Branca Parda Negra Indígena/amarela
Estado civil	Estado civil referido na data do parto (IBGE, 2010)	Solteira Casada ou união estável Divorciada ou separada Viúva
Município de residência da mãe	Descrição do município de residência da mãe (IBGE, 2010)	Residente do município do RJ Não residente do município do RJ

continua

continuação

Características obstétricas (da gestação e do parto)		
Variáveis	Definição	Categoria
Nº de consultas de pré-natal	Nº de atendimentos realizados por profissional de saúde referente ao pré-natal	Nenhuma consulta 1 a 3 consultas 4 a 6 consultas ≥ 7 consultas
Duração da gestação	Tempo de gestação	< 27 semanas 27 a 36 semanas ≥ 37 semanas
Trimestre de início do pré-natal	Mês da 1ª consulta	1º trimestre (1 a 13 semanas) 2º trimestre (14 a 26 semanas)

		3º trimestre (27 a 40 semanas)
Paridade	Nº de partos	Unípara Múltipara
Tipo de apresentação	Tipo de apresentação do recém-nascido	Cefálica Pélvica/podálica Transversal
Quantidades de filhos vivos	Número de filhos vivos	Anos
Quantidades de filhos mortos	Número de perdas fetais e abortos	Anos
Nº de gestações anteriores	Número de gestações anteriores	Unidade
Parto induzido	Trabalho de parto induzido	Sim Não Não se aplica

Nascimento assistido	Profissional de saúde que assistiu o nascimento	Médico Enfermeira/Obstetriz Parteiras Outros
Tipo de parto	Via de parto realizada	Vaginal Cesáreo
Local de nascimento	Local onde nasce o recém-nascido	Hospital Outros
Características dos nascidos vivos		
Sexo	Sexo do recém-nascido	Masculino Feminino

Peso ao nascer	Peso do recém-nascido após o parto auto referido pela OMS e MS	<p>Extremo baixo peso (<1000g)</p> <p>Muito baixo peso (1000 a 1499g)</p> <p>Baixo peso (1500 a 2499g)</p> <p>Peso insuficiente (2500 a 2999g)</p> <p>Peso adequado (>3000 a 3999g)</p> <p>Excesso de peso (≥4000g)</p>
Prematuridade	Nascidos vivos antes de 37 semanas e sua classificação segundo a idade gestacional auto referida pela OMS e MS	<p>Prematuro (<37 semanas)</p> <p>A termo (≥37 semanas)</p>
APGAR 1º minuto	5 critérios de avaliação: frequência cardíaca; respiração; tônus muscular; prontidão reflexa e cor da pele que individualmente podem receber nota de 0 a 2 e totalizar 10 pontos	<p>Asfixia grave – 0 a 2</p> <p>Asfixia moderada – 3 a 4</p> <p>Asfixia leve – 5 a 7</p> <p>Sem asfixia – 8 a 10</p>

APGAR 5º minutos	5 critérios de avaliação: frequência cardíaca; respiração; tônus muscular; prontidão reflexa e cor da pele que individualmente podem receber nota de 0 a 2 e totalizar 10 pontos	<p>Asfixia grave – 0 a 2</p> <p>Asfixia moderada – 3 a 4</p> <p>Asfixia leve – 5 a 7</p> <p>Sem asfixia – 8 a 10</p>
Anomalia congênita	Malformação, deformação ou displasia	<p>Sim</p> <p>Não</p>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Considera-se serviço público, estabelecimentos de saúde cujo acesso seja livre e gratuito a toda população com estabelecimentos públicos ou privados conveniados ao SUS. O setor privado caracteriza-se pelo acesso aos estabelecimentos de saúde remunerados por pessoa física ou convênios de saúde (planos de saúde).

As variáveis (trimestre do início do pré-natal, prematuridade e baixo peso ao nascer) foram criadas para melhor compilação e processamento das informações. A variável *trimestre do início do pré-natal* foi elaborada a partir do mês de *início do pré-natal* e categorizada em primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação. Para a variável *prematuridade* utilizou-se a *duração de gestação* e foi caracterizada em prematuro aqueles nascidos vivos abaixo de 37 semanas e a termo os nascidos vivos ≥ 37 semanas. Já a variável baixo peso ao nascer originou-se da variável peso ao nascer e foi subdividida em extremo baixo peso (<1000g), muito baixo peso (1000 a 1499g), baixo peso (1500 a 2499g), peso insuficiente (2500 a 2999g), peso adequado (3000 a 3999g) e excesso de peso (≥ 4000 g).

5.2.6 Análise estatística dos dados

As informações foram armazenadas por meio do Microsoft Excel 2010®. Todas as análises foram efetuadas utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS-versão 22.0)*. A análise descritiva foi realizada por meio de frequências das variáveis categóricas, e medidas de tendência central (média aritmética, mediana, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão) das variáveis contínuas.

A amostra de nascidos vivos foi estratificada segundo o prestador de serviço em saúde (público e privado) para a descrição, avaliação e análise do perfil das mães quanto às características sociodemográficas, da gestação e do parto e quanto ao perfil dos nascidos vivos. As diferenças entre as proporções serão avaliadas pelo Teste Qui-

quadrado para mesma, enquanto a análise bivariada será feita pelo Teste Qui-quadrado de Contingência ou Análise de Variância, visando verificar associação entre as variáveis e o tipo de prestador de serviço. O nível de significância será de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$) e intervalos de confiança de 95%.

5.2.7 Aspectos éticos

O presente estudo utilizou uma base de dados de domínio público disponível no DATASUS, sendo dispensado sua apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. De acordo com a Resolução nº 510/2016, pesquisas que utilizem informações de acesso público, não serão registradas e avaliadas pelo sistema CEP/CONEP. Essa pesquisa está em conformidade aos preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2011 - Resolução nº 466/12) e suas complementares.

5.3 Resultados

Entre os anos de 2011 a 2017 observou-se um total de 645.960 nascidos vivos no município do Rio de Janeiro (Tabela 1), sendo que 640.126 nascidos vivos ocorreram em ambiente hospitalar (99,10%) e 5.834 nascimentos em outros lugares (0,9%), com média de 91.447 ($\pm 2,5$) nascimentos por ano, dentre os quais a média de idade materna foi de aproximadamente 27,2 ($\pm 6,9$) anos, a média de gestações anteriores de 1,1 ($\pm 1,4$), a média de semana gestacional foi de 38,4 ($\pm 2,3$), e a média de peso ao nascer foi de 3167,2 ($\pm 580,9$) gramas.

Tabela 1. Características maternas, obstétricas e dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017.

Variáveis contínuas	Média (SD)	Mediana	Mínimo	Máximo	P25*	P75*	P95*
Idade da mãe	27,17 (6,87)	27	9	54	21	32	39
Filhos nascidos vivos	0,86 (1,18)	1	0	16	0	1	3
Filhos nascidos mortos	0,25 (0,60)	0	0	17	0	0	1
Nº de gestações anteriores	1,09 (1,40)	1	0	12	0	2	4
Nº de semanas de gestação	38,36 (2,35)	39	19	45	28	40	41
Nº de partos vaginais	0,58 (1,12)	0	0	12	0	1	3
Nº de partos cesáreos	0,31 (0,61)	0	0	12	0	0	1
Nascidos vivos	91.447 (2,51)	91.683	1	640.126	89.919	92.569	94.755

continua

continuação

Peso do recém-nascido	3167,25 (580,91)	3205	500	5500	2880	3520	4010
APGAR 1º minuto	8,31 (1,26)	9	0	10	8	9	9
APGAR 5º minuto	9,15 (0,84)	9	0	10	9	10	10

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos–SINASC. P*: percentil.

As características sociodemográficas e obstétricas das mães, Tabela 2, ao longo do período de estudo foram: a faixa etária predominante foi de 20 a 34 anos (67,8%); ensino médio (47,39%); pardas (49,44%); solteiras (62,57%); residentes do município do Rio de Janeiro (98,90%); ≥ 7 consultas de pré-natal (73,87%); 37 a 41 semanas de gestação (84,82%); início do pré-natal no 1º trimestre gestacional (81,11%); uníparas (97,47%); apresentação do recém-nascido cefálica (95,80%); a maioria das mães não tiveram a indução do parto (82,82%); com predominância do parto cesáreo (56,39%) em ambiente hospitalar (99,09%).

Tabela 2. Características sociodemográficas e obstétricas maternas no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017.

Variáveis maternas	Total		P-valor
	n	%	
Nº nascidos vivos	640126	100	0,000
Idade da mãe (anos)			0,000
10-14	4730	0,74	
15-19	96343	15,10	
20-34	433976	67,78	
≥35	105076	16,38	
Escolaridade			0,000
Sem escolaridade	910	0,15	
Fundamental I (1ª a 4ª série)	21895	3,67	
Fundamental II (5ª a 8ª série)	135146	22,66	
Médio (antigo 2º grau)	282641	47,39	
Superior incompleto	36943	6,21	
Superior completo	118809	19,92	
Tipo de raça e cor da mãe			0,000
Branca	239446	39,86	
Parda	297021	49,44	
Preta	61854	10,29	

continua

continuação

Amarela	2079	0,34	
Indígena	349	0,07	
Estado civil			0,000
Solteira	397166	62,57	
Casada	194708	30,67	
União estável	33930	5,34	
Viúva	893	0,16	
Separada judicialmente/ divorciada	8018	1,26	
Bairro de residência da mãe			0,000
Residente do município RJ	565421	98,90	
Não residente do município RJ	6283	1,10	
Nº de consultas do pré- natal categorizada			0,000
Nenhuma	10990	1,76	
de 1 a 3 consultas	31710	5,07	
de 4 a 6 consultas	120599	19,30	
≥7 consultas	461565	73,87	
Duração da gestação			0,000
<22 semanas	279	0,04	
22 a 27 semanas	3755	0,59	

continua

continuação

28 a 31 semanas	8031	1,26	
32 a 36 semanas	66500	10,43	
37 a 41 semanas	540680	84,82	
≥42 semanas	18213	2,86	
Trimestre de início do pré-natal			0,000
1º trimestre (≤12 semanas gestacionais)	441094	81,11	
2º trimestre (13 a 28 gestacionais)	89090	16,38	
3º trimestre (≥29 semanas)	13637	2,51	
Paridade			0,000
Unípara	623625	97,47	
Múltipara	16216	2,53	
Tipo de apresentação			0,002
Cefálica	557083	95,80	
Pélvica/Podálica	22815	3,92	
Transversal	1629	0,28	
Parto induzido			0,000
Sim	97206	17,18	
Não	468661	82,82	
Nascimento assistido por			0,000
Médico	563867	92,60	

continua

continuação

Enfermeira/Obstetriz	44349	7,28	
Parteira	103	0,02	
Outros	639	0,10	
Tipo de parto			0,000
Vaginal	279034	43,61	
Cesáreo	360877	56,39	
Local de nascimento			0,000
Hospital	640126	99,09	
Outros	5834	0,91	

As características clínicas dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, Tabela 3, foram as seguintes: um discreto predomínio do sexo masculino (51,16%); a maior parte dos recém-nascidos tiveram peso adequado (66,65%), sendo 12,29% o percentual de prematuros; os recém-nascidos apresentaram boa vitalidade com o percentual de 86,38% para o APGAR no 1º minuto e 97,68% para o APGAR no 5º minuto; o percentual de anomalia congênita foi de 1%.

Tabela 3. Características clínicas dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017.

Variáveis maternas	Total		P-valor
	n	%	
Nº nascidos vivos	640126	100	

continua

continuação

Sexo do recém-nascido			0,905
Masculino	327479	51,16	
Feminino	312647	48,84	
Peso ao nascer			0,003
Extremo baixo peso (<1000g)	4069	0,64	
Muito baixo peso (1000 a 1499g)	6040	0,94	
Baixo peso (1500 a 2499g)	50864	7,95	
Peso insuficiente (2500 a 2999g)	148025	23,15	
Peso adequado (3000 a 3999g)	426214	66,65	
Excesso de peso (\geq 4000g)	4256	0,67	
Prematuridade			0,029
Prematuro <37 semanas)	78565	12,29	
A termo (\geq 37 semanas)	558893	87,40	
APGAR 1º minuto			0,000
Asfixia grave (0 a 2)	4727	0,74	
Asfixia moderada (3 a 4)	11025	1,73	
Asfixia leve (5 a 7)	70813	11,14	
Sem asfixia (8 a 10)	548926	86,38	
APGAR 5º minuto			0,000
Asfixia grave (0 a 2)	1170	0,18	
Asfixia moderada (3 a 4)	1533	0,24	
Asfixia leve (5 a 7)	14449	2,27	
Sem asfixia (8 a 10)	620758	97,68	

continua

continuação

Anomalia congênita			0,000
Sim	6169	1,00	
Não	622504	99,00	

*Os totais podem variar conforme os dados faltantes. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos–SINASC.

A variável idade materna foi apresentada no Gráfico 1. Ao longo do período estudado houve predominância de mães na faixa etária de 20 a 34 anos. Entre os anos de 2011 a 2013, o percentual de mães na faixa etária de 15 a 19 anos (15,8%) foi maior quando comparado as mães com idade ≥ 35 anos (14,7%). Contudo, a partir de 2013 houve um aumento percentual de mães ≥ 35 anos chegando 18,4% em 2017, enquanto a proporção de mães adolescentes diminuiu para 13,5% em 2017.

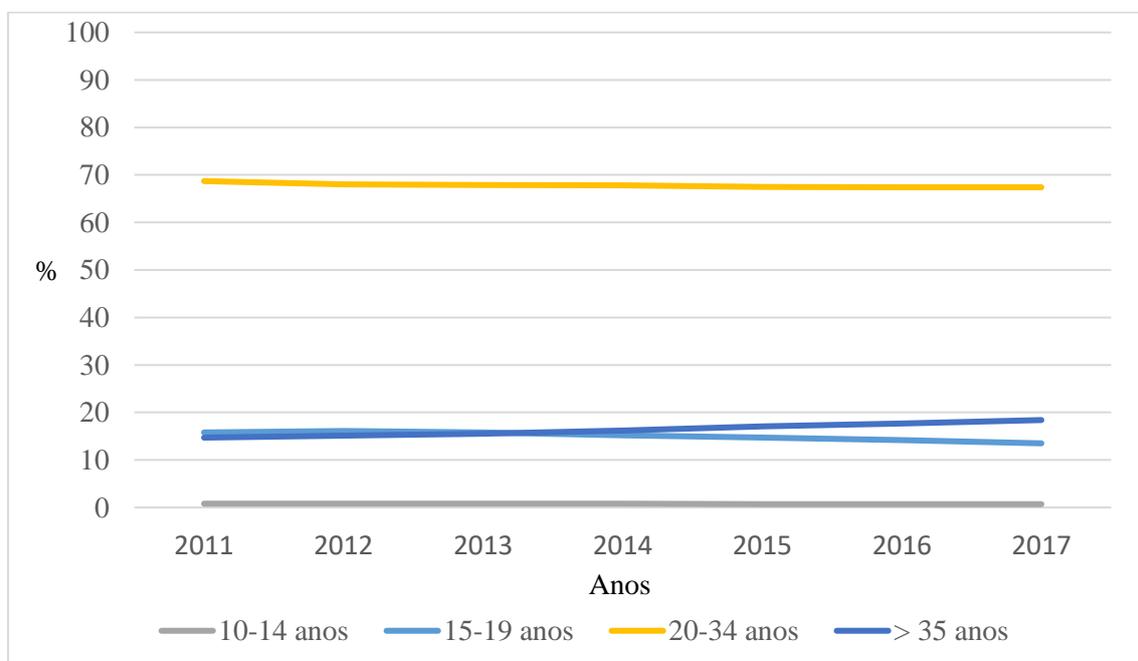


Gráfico 1. Proporção de nascidos vivos segundo idade das mães no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2017.

No Gráfico 2, verificou-se uma melhora ao longo dos anos quanto a escolaridade materna. O ensino médio aumentou de 43,1% em 2011 para 49,8% em 2017, à medida que ocorreu uma redução do ensino fundamental II que era 24,5% em 2001 e passou a 20,3% em 2017.

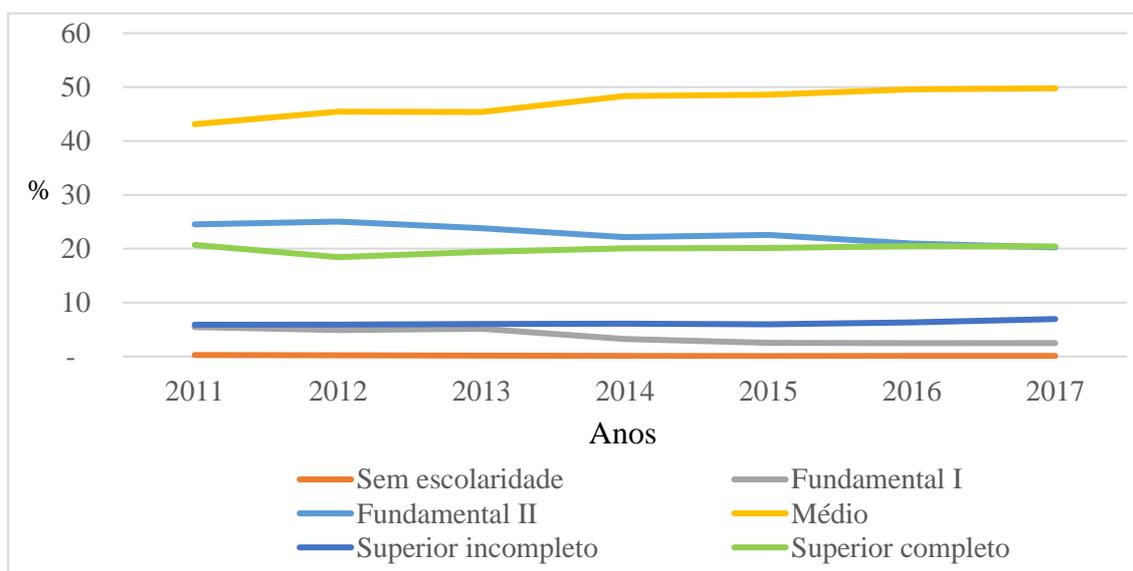


Gráfico 2. Proporção de nascidos vivos segundo escolaridade materna no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017.

Para a variável raça/cor da mãe (Gráfico 3), houve predominância de mulheres pardas que 2011 representavam 41,7% chegando a 52,7% em 2017, justificando-se pela miscigenação brasileira.

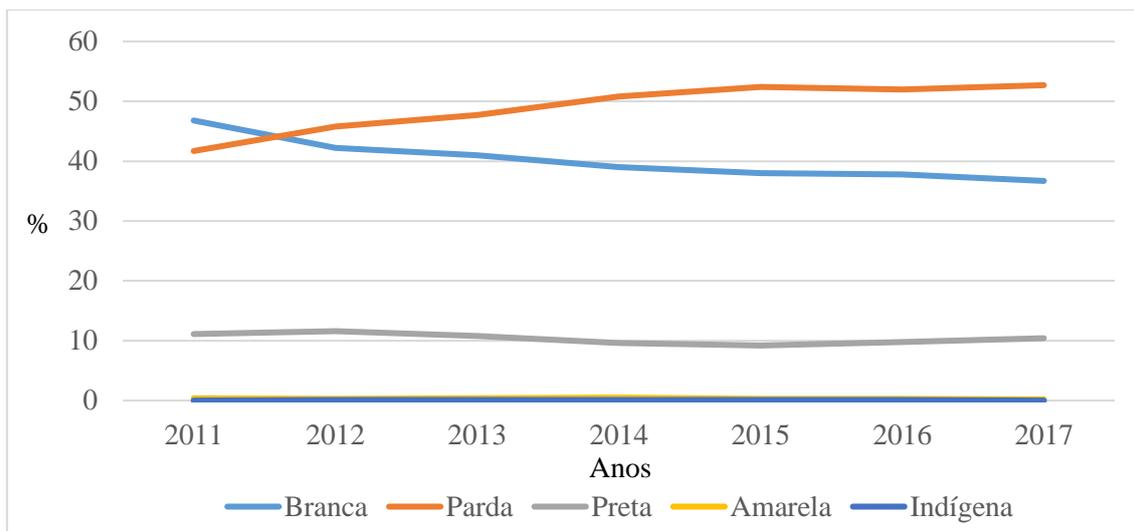


Gráfico 3. Proporção de nascidos vivos segundo raça materna no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017.

Com relação as características obstétricas, da gestação e do parto (Gráfico 4), foi observado um aumento percentual de 7 ou mais consultas de pré-natal no período de estudo, variando de 67,1% em 2011 a 80,1% em 2017. Foi observado ainda uma redução das frequências das categorias de 1 a 3 e de 4 a 6 consultas entre os anos de 2011 a 2017, variando, respectivamente, de (6,6% a 3,9%) em 2011 e 23,6% a 14,6% em 2017.

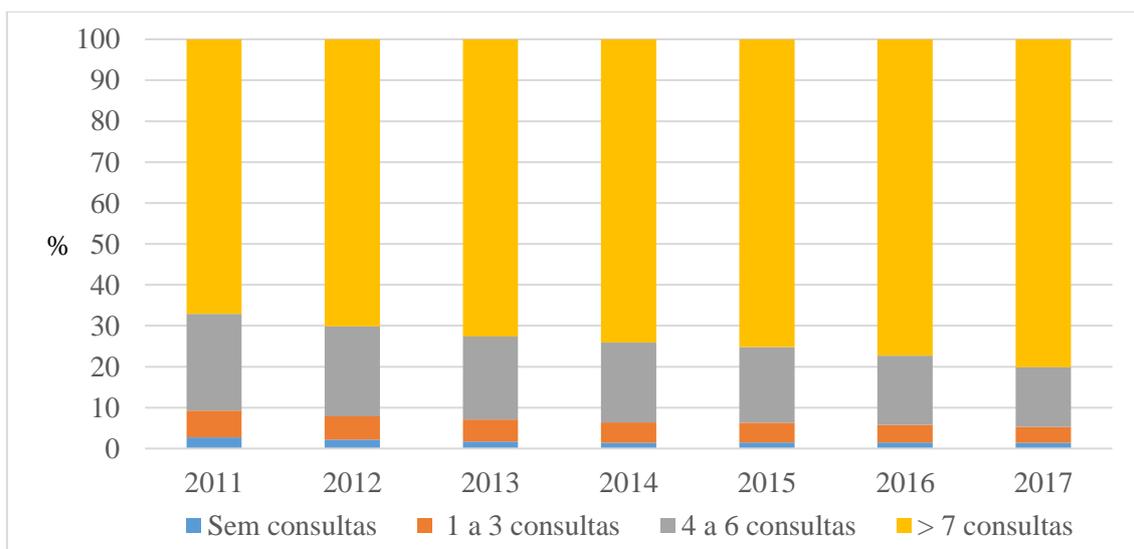


Gráfico 4. Proporção de nascidos vivos pelo número de consultas pré-natal materna no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017.

Ao longo do período de estudo foi observada uma predominância dos partos cesáreos ($\geq 53,4\%$), com um discreto aumento de partos vaginais, que variou de 42,7% em 2011 para 46,6% em 2017 (Gráfico 5).

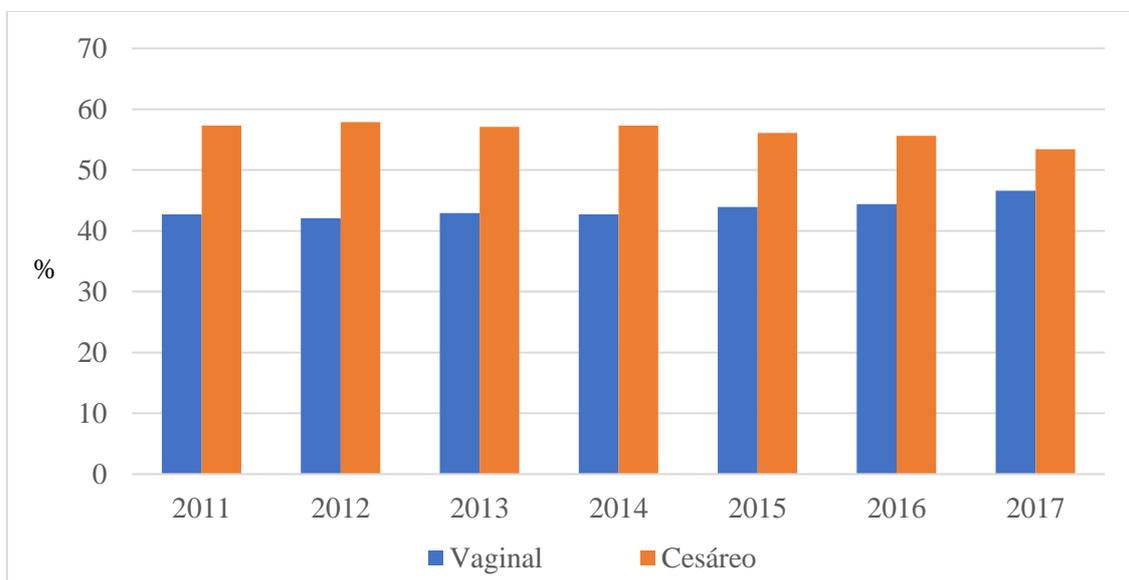


Gráfico 5. Proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto e ano de nascimento no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017.

Quando estratificamos segundo o prestador de saúde de serviços em saúde (Gráfico 6), observou-se diferenças entre o público e o privado. O setor público foi responsável pelo maior percentual de atendimento com 65,56% durante o ciclo gravídico puerperal e na assistência aos nascimentos. Entre os anos de 2011 e 2017 foi observada uma queda no atendimento ao parto no setor privado, variando de 35,6% em 2011 a 30,5% em 2017.

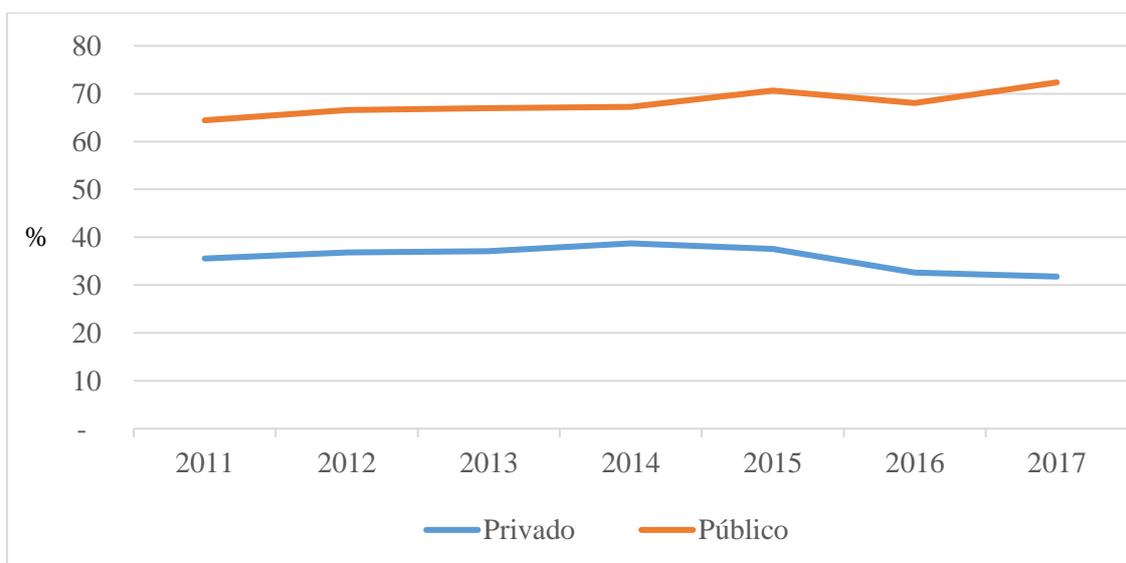


Gráfico 6. Proporção de nascidos vivos segundo o prestador de serviço em saúde no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017.

No setor público (Tabela 4), ocorreu um alto percentual de mães adolescentes (21,37%), com escolaridade intermediária sendo mais da metade das mães apresentando ensino médio (54,67%), pardas (61,54%) e solteiras (78,51%). Quanto ao setor privado, observou-se maior percentual de mães com idade ≥ 35 anos (26,85%), a maioria tinha ensino superior (51,01%), eram brancas (66,77%) e casadas (59,78%). Além disso, no serviço público 6 entre cada 10 mulheres tiveram ≥ 7 consultas no pré-natal equivalente a 64,07%, 7 a cada 10 mães fizeram a primeira consulta do pré-natal no 1º trimestre gestacional que corresponde a 73,29%, com maior percentual de partos vaginais e de partos cesáreos igual a 38,19%, porém ainda com um número elevado de cesáreas ultrapassando a preconização da OMS (10 a 15%). Esses partos foram realizados em ambiente hospitalar (98,65%), com a presença do médico (88,71%), mas com a discreta participação de enfermeiras na assistência ao parto (11,12%) e uma parcela de parto induzido (21,24%), o que evidencia a preferência do parto vaginal antes do cesáreo. À medida que no serviço privado (Tabela 4), 9 entre cada 10 mulheres tiveram ≥ 7 consultas

no pré-natal correspondente a 92,58%, 9 a cada 10 mães fizeram a primeira consulta do pré-natal no 1º trimestre gestacional representando 94,34%, prevalecendo um grande percentual de partos cesáreos (91,05%), em ambiente hospitalar (99,92%), com a participação predominante do médico quanto à assistência ao parto (91,05%), e apenas 9,15% de indução do parto, o que indica a cesárea eletiva (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das características sociodemográficas e obstétricas maternas no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017, segundo prestador de serviço em saúde.

Variáveis sociodemográficas maternas	Prestador						Teste
	Total		Público		Privado		X ²
	n	%	n	%	n	%	P- valor
Nº nascidos vivos	640126	100	419654	65,56	220472	34,44	0,000
Idade da mãe (anos)							0,000
10-14	4730	0,74	4536	1,08	194	0,09	
15-19	96343	15,10	89667	21,37	6676	3,03	
20-34	433976	67,78	279576	66,62	154400	70,03	
≥35	105076	16,38	45874	10,93	59202	26,85	
Escolaridade							0,000
Sem escolaridade	910	0,15	880	0,23	30	0,01	

continua

continuação

Fundamental I (1ª a 4ª série)	21895	3,67	21160	5,47	732	0,35
Fundamental II (5ª a 8ª série)	135146	22,66	127586	33,00	7560	3,60
Médio (antigo 2º grau)	282641	47,39	211366	54,67	71275	33,99
Superior incompleto	36943	6,21	13810	3,57	23133	11,03
Superior completo	118809	19,92	11828	3,06	106981	51,01
Tipo de raça e cor da mãe						0,000
Branca	239446	39,86	100255	25,56	139191	66,77
Parda	297021	49,44	241427	61,54	55594	26,67
Preta	61854	10,29	49202	12,54	12652	6,07
Amarela	2079	0,34	1158	0,30	921	0,44
Indígena	349	0,07	250	0,06	99	0,05
Estado civil						0,000
Solteira	397166	62,57	326596	78,51	70570	32,27
Casada	194708	30,67	63962	15,37	130746	59,78
União estável	33930	5,34	21737	5,23	12193	5,58
Viúva	893	0,16	591	0,14	302	0,14
Separada / divorciada	8018	1,26	3130	0,75	4888	2,24

continua

continuação

Bairro de							0,000
residência da mãe							
Residente do município do RJ	565421	98,90	371894	98,61	193527	99,47	
Não residente do município do RJ	6283	1,10	5257	1,39	1026	0,53	
Nº de consultas do pré-natal							0,000
Nenhuma	10990	1,76	9007	2,20	1983	0,92	
de 1 a 3 consultas	31710	5,07	30214	7,37	1496	0,70	
de 4 a 6 consultas	120599	19,30	108140	26,37	12459	5,80	
≥7 consultas	461565	73,87	262726	64,07	198839	92,58	
Duração da gestação							0,000
<22 semanas	279	0,04	244	0,06	35	0,02	
22 a 27 semanas	3755	0,59	2739	0,66	1016	0,46	
28 a 31 semanas	8031	1,26	5770	1,38	2261	1,03	
32 a 36 semanas	66500	10,43	42470	10,16	24030	10,94	
37 a 41 semanas	540680	84,82	351416	84,11	189264	86,17	
≥42 semanas	18213	2,86	15187	3,63	3026	1,38	
Trimestre de início do pré-natal							0,000

continua

continuação

1º trimestre						
(≤12 semanas gestacionais)	441094	81,11	250552	73,29	190542	94,34
2º trimestre						
(13 a 28 semanas gestacionais)	89090	16,38	79514	23,26	9576	4,74
3º trimestre						
(≥29 semanas gestacionais)	13637	2,51	11791	3,45	1846	0,91
Paridade						0,000
Unípara	623625	97,47	410174	97,78	213451	96,86
Múltipara	16216	2,53	9297	2,22	6919	3,14
Tipo de apresentação						0,002
Cefálica	557083	95,80	378623	95,77	178460	95,85
Pélvica/Podálica	22815	3,92	15966	4,04	6849	3,68
Transversal	1629	0,28	759	0,19	870	0,47
Parto induzido						0,000
Sim	97206	17,18	79817	21,24	17389	9,15
Não	468661	82,82	295959	78,76	172702	90,85
Nascimento assistido por						0,000
Médico	563867	92,60	352487	88,71	211380	99,90

continua

continuação

Enfermeira /	44349	7,28	44168	11,12	181	0,09
Obstetriz						
Parteira	103	0,02	95	0,02	8	0,00
Outros	639	0,10	616	0,16	23	0,01
Tipo de parto						0,000
Vaginal	279034	43,61	259300	61,81	19734	8,95
Cesáreo	360877	56,39	160202	38,19	200675	91,05

*Os totais podem variar conforme os dados faltantes. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos–SINASC.

A Tabela 5 demonstrou as características clínicas dos nascidos vivos. Segundo a variável peso ao nascer, ao longo do estudo foi observado que a prevalência de baixo peso ao nascer no setor público (9,9%) foi discretamente maior em relação ao privado (8,8%). Para prematuridade as proporções foram parecidas no público (12,26%) e no privado (12,45%). Quanto ao APGAR no 1º e 5º minutos, os recém-nascidos no setor público apresentaram prevalências ligeiramente maiores de asfixia em relação ao privado. De acordo com anomalia congênita, o setor público (1,22%) apresentou o dobro dos valores do privado (0,52%).

Tabela 5. Distribuição das características clínicas dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017, segundo prestador de serviço em saúde.

Variáveis maternas	Prestador						Teste X ² P- valor
	Total		Público		Privado		
	n	%	n	%	n	%	
Nº nascidos vivos	640126	100	220472	100	419654	100	
Sexo do recém-nascido							0,905
Masculino	327479	51,16	214666	51,15	112813	51,18	
Feminino	312647	48,84	204988	48,85	107659	48,82	
Peso ao nascer							0,003
Extremo baixo peso (<1000g)	4069	0,64	2934	0,70	1135	0,52	
Muito baixo peso (1000 a 1499g)	6040	0,94	4270	1,02	1770	0,80	
Baixo peso (1500 a 2499g)	50864	7,95	34286	8,18	16578	7,52	
Peso insuficiente (2500 a 2999g)	148025	23,15	91515	21,83	56510	25,65	
Peso adequado (3000 a 3999g)	426214	66,65	282544	67,41	143670	65,21	

continua

continuação

Excesso de peso (≥4000g)	4256	0,67	3613	0,86	643	0,29	
Prematuridade							0,029
Prematuro (<37 semanas)	78565	12,29	51223	12,26	27342	12,45	
A termo (≥37 semanas)	558893	87,40	366603	87,74	192290	87,55	
APGAR 1º minuto							0,000
Asfixia grave (0 a 2)	4727	0,74	4031	0,97	696	0,32	
Asfixia moderada (3 a 4)	11025	1,73	9137	2,20	1888	0,86	
Asfixia leve (5 a 7)	70813	11,14	51141	12,31	19672	8,93	
Sem asfixia (8 a 10)	548926	86,38	350985	84,51	197941	89,89	
APGAR 5º minuto							0,000
Asfixia grave (0 a 2)	1170	0,18	965	0,23	205	0,09	
Asfixia moderada (3 a 4)	1533	0,24	1318	0,32	215	0,10	
Asfixia leve (5 a 7)	14449	2,27	11588	2,77	2861	1,30	
<i>continua</i>							

continuação

Sem asfixia (8 a 10)	620758	97,68	403759	96,68	216999	98,51
Anomalia congénita						0,000
Sim	6169	1,00	5059	1,22	1110	0,52
Não	622504	99,00	411295	98,78	211209	99,48

*Os totais podem variar conforme os dados faltantes. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos–SINASC.

5.4 Discussão

No presente estudo, buscou-se conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos 640.126 nascidos vivos nos hospitais no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017 de acordo com o prestador de serviço em saúde. Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas maternas, obstétricas e dos nascidos vivos e suas diferenças nos setores público e privado.

Quanto ao local de nascimentos houve predomínio do ambiente hospitalar (99,09%) entre 2011 e 2017 no município do Rio de Janeiro, tanto no setor público como no privado, corroborando com outros estudos que observaram que em quase sua totalidade ($\geq 99\%$) os partos foram realizados em hospitais (Bonilha et al., 2015; Correio et al., 2016; Santos, 2018; Silva, 2018; Saleh et al., 2019). Silva (2018), avaliou 98.568 nascidos vivos do município de Caruaru em Pernambuco entre 2011 e 2015. Quanto ao local de ocorrência dos nascimentos, a maioria foi nos hospitais (99,1%), e uma pequena parcela ocorreu em outros locais (0,4%), em domicílios (0,3%) e em outros estabelecimentos de saúde (0,2%). Para Rego & Matão (2016), um estudo transversal

descritivo realizado em Goiânia/Goiás no período de 2010 a 2012 com 31.024 nascidos vivos, evidenciou que 99,8% dos partos eram feitos em hospitais, 0,1% em outros estabelecimentos de saúde e 0,1% em outros lugares. A literatura mostra que historicamente, a evolução do local de parto do ambiente domiciliar para o hospital foi impulsionada por fatores como a medicalização dos partos, modelos de saúde (altamente medicalizado), maior participação da mulher no mercado de trabalho, desenvolvimento da medicina e uso de tecnologias distintas (Patah & Malik, 2011; Nakano, 2015; Ye et al., 2016; Palharini & Figuerôa, 2018). Apesar de ter sido um processo controverso, as evidências sugerem que esse cenário contribuiu para a redução da mortalidade materna e infantil (Kikuchi et al., 2015; Lisboa et al., 2015; UN, 2015; WHO, 2015; Brasil, 2017).

Apesar do parto cesáreo ter sido o mais frequente (56,39%) nessa coorte em todo o período de estudo, o setor público apresentou um maior percentual de partos vaginais e uma maior frequência de partos induzidos sugerindo que existe uma preferência pelo parto vaginal nesse setor de atendimento. Já o setor privado apresentou uma prevalência de partos cesáreos estatisticamente maior do que no setor público e com baixa frequência de indução dos partos, indicando que os partos cesáreos nesse setor foram predominantemente eletivos. O Brasil é um país conhecido pelo alto percentual de cesarianas. A presente pesquisa mostrou que a prevalência do parto cesáreo foi quatro vezes maior do que o preconizado pela OMS, que recomenda que os partos cesáreos não devem ultrapassar de 10 a 15% dos nascimentos. No Brasil, a prevalência de cesáreas foi de 57% em 2014 e 55,5% em 2015 (Brasil, 2018), variando segundo as unidades federativas, com maiores frequências observadas no Sudeste, Sul e Centro-Oeste com percentuais superiores a 60% e menores frequências observada nas regiões Norte (46,2%) e Nordeste (49,6%) (Potter et al., 2001; Nascimento, 2003; Mendoza-Sassi et al., 2010; Meller, Schäfer, 2011; Saleh et al., 2019).

Alguns estudos sugerem que as cesáreas eletivas foram fortemente associadas as características sociodemográficas, econômicas, tipo de prestador de serviço em saúde, modelo de assistência (Patah & Malik, 2011). Em teoria, as mulheres com maior escolaridade, elevado nível socioeconômico, usuária do setor privado seriam as parturientes com melhor acesso a serviços de saúde, menor risco gestacional e com maior acesso às informações. Assim, seria esperado que as mulheres usuárias do setor privado realizassem partos vaginais, pois esse tipo de parto foi considerado pela OMS e MS o mais seguro e fisiológico para as gestantes de baixo risco. Porém, observou-se que dentre a clientela do setor privado, mais de 80% dos partos foram cesáreos (Yazlle et al., 2001; Ye, et al. 2016; Ferrari et al., 2016; Entringer, 2018; Mascarello et al., 2018). Dessa maneira, esses achados evidenciaram a existência de um paradoxo entre os maiores percentuais de partos cesáreos em mulheres de baixo risco que poderia ser justificado pelos modelos assistenciais diferenciados de saúde, o tipo de relação que se estabelece entre médico e paciente, a formação médica, a utilização de tecnologias médicas, os fatores socioeconômicos e culturais, dentre outros (Patah & Malik, 2011; Ye, 2016; Ferrari et al., 2016). Isso pode sugerir que ao longo dos anos, o parto cesáreo deixou de ser uma intervenção para melhorar desfechos de saúde materno e infantil (Liu et al., 2007; Guise et al., 2010; Geller et al., 2010, Cesar et al., 2011; Guimarães et al., 2017) e passou a ser um “negócio” que prevalece os interesses econômicos inseridos em um “modelo medicalizado e mercantilizado” de atenção à saúde (Patah & Malik, 2011; Ye, 2016).

Com relação a ofertas de serviços em saúde, o presente estudo mostrou que o setor público foi responsável por mais de 2/3 dos atendimentos durante o ciclo gravídico puerperal e na assistência aos nascimentos no município do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar que, embora a maior parte dos hospitais encontrem-se no setor privado, a maior demanda se dá pelo setor público ou setor misto (público e privado). Por outro lado, a

dicotomia e a complexa ligação e interdependência entre o setor público e o privado no Brasil, é um desafio a ser considerado pelos gestores públicos (Victoria et al., 1999; Ribeiro et al., 2000; Silva et al., 2001; Santos et al., 2008; Gurgel et al., 2009; Leal & Gama, 2012; Viacava et al., 2018).

A mudança na estrutura etária para fecundidade observada pela diminuição de mães adolescentes que em 2011 era 15,8% e passou a 13,5% em 2017, somada ao aumento de mães maiores que 35 anos de 14,7% em 2011 para 18,4% em 2017, foi semelhante a outros achados encontrados na literatura (Bonilha et al., 2015; Rego & Matão, 2016; Silva, 2018; Ferreira et al., 2018; Silva et al., 2020). O estudo realizado por Bonilha e colaboradores (2015), no período de 2001 a 2014 analisou 2.713.146 nascidos vivos no município de São Paulo, observou uma mudança na estrutura etária da fecundidade com aumento da proporção de mulheres com mais de 35 anos, de 11,6% em 2001 para 17,8% em 2014, e redução proporcional de mães adolescentes, de 16,6% em 2001 para 13,2% em 2014. De acordo com a literatura, tais mudanças podem estar relacionadas com o aumento da escolaridade materna e conseqüentemente maior acesso a informações, o desejo da mulher em investir na carreira profissional, a participação das mulheres no mercado de trabalho, o aumento do uso de anticoncepcionais, postergação do casamento e a ampliação ao acesso de tecnologias para reprodução assistida em idade mais avançadas (Corrêa, Loyola, 2015).

Ademais, a presente pesquisa identificou diferenças significativas quanto a variável idade materna, de modo que no setor público ocorreu uma proporção maior de mães com idade menor que 20 anos, enquanto no privado a maior proporção foi de mães com idade superior a 35 anos. A literatura demonstrou dentre os fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil, as mães com idade menor que 20 anos foram mais frequentemente atendidas no setor público, ao passo que no setor privado

houve uma maior proporção de mulheres com idade superior a 35 anos (Nascimento, 2003; Paes et al., 2014; Freitas et al., 2016; Oliveira et al., 2016; Guimarães et al., 2017; Meireles et al., 2019).

A literatura sugere ainda que a idade da mãe tem relação direta com o desenvolvimento gestacional, de modo que quanto mais precoce ou tardia, maior o risco de desfechos desfavoráveis durante a gravidez, parto e pós-parto como mortalidade neonatal e perinatal (Fonseca & Coutinho, 2004; Linhares et al., 2009; Morse et al., 2012; Lima et al., 2012; Silva, 2012; Gravena et al., 2013; Franciscatto et al., 2014; Correio et al., 2016). Silva (2012). Em uma meta-análise com 2.133 estudos, Santos e colaboradores (2012) no ano de 2008, observaram associação estatisticamente significativa entre baixo peso ao nascer em idades extremas da vida reprodutiva de mães com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos. Outros achados indicaram que existe uma associação direta entre baixa escolaridade e partos cesáreos com priores desfechos neonatais como baixo peso e prematuridade (Azevedo et al., 2002; Guimarães & Velásquez-Meléndez, 2002; Senesi et al., 2004; Santos et al., 2009; Santos et al., 2012; Reis et al., 2014; Carniel et al., 2017; Alves et al., 2017). Guimarães & Velásquez-Meléndez (2002) realizaram um estudo com 3.931 nascidos vivos no período de 1997 a 1999 em Minas Gerais e evidenciaram uma associação estatisticamente significante entre baixo peso ao nascer e prematuridade, idade materna (≤ 20 anos e ≥ 35 anos), escolaridade materna (menor que 1º grau completo) e consultas pré-natais (≤ 7 consultas). Em outro estudo, realizado por Reis e colaboradores (2014), com 1.606 nascimentos entre 2012 e 2014 em um município de Minas Gerais, os autores identificaram uma associação entre parto cesáreo e baixo peso ao nascer/prematuridade com risco de mortalidade neonatal, perinatal e ao longo do 1º ano de vida do recém-nascido.

Santos e colaboradores (2017) realizaram um estudo no estado do Piauí com 588.473 nascidos vivos entre 2005 a 2015. Os autores observaram que o risco de óbito materno e infantil foi maior para mulheres solteiras, pardas, com menos de 8 anos de estudo, ≤ 7 consultas no pré-natal. Alguns estudos observaram que a gestação tardia esteve relacionada com um maior risco obstétrico tais como hospitalizações, abortos espontâneos, alterações cromossômicas, maior prevalência de partos operatórios e cesáreas eletivas (Andrade et al., 2004; Santos et al., 2009; Bezerra et al., 2015, Alves et al., 2017). Nesse sentido, a gestação em mulheres acima de 35 anos apresenta maior probabilidade em apresentar risco de morte decorrente das complicações puerperais como DM, HAS, hemorragia, pré-eclâmpsia, placenta prévia, embolia pulmonar dentre outras (Azevedo et al., 2015; Morse et al., 2011; Viellas et al., 2014; Bezerra et al., 2015).

O Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, denominado “*Nascer no Brasil*” (Leal & Gama, 2014), foi a primeira pesquisa em âmbito nacional a fornecer informações sobre partos e nascimentos em todas as regiões brasileiras. Foram entrevistadas 23.894 mulheres, de maternidades públicas, privadas e mista. A pesquisa revelou que 2/3 das mães adolescentes apresentaram atraso escolar ou estavam fora da escola, sendo de classes sociais com baixo poder aquisitivo, ausência de parceiro, não aceitação da família sobre a gravidez, menor número de consultas pré-natal, a 1ª consulta ocorrendo no 2º trimestre gestacional, ou seja, pré-natal inadequado. Somada às desvantagens de mães mais jovens quanto aos acessos e assistência de serviços em saúde e maior prevalência quanto a desfechos negativos relacionados a morbimortalidade materna e infantil, o sistema reprodutivo feminino ainda não está preparado para receber uma gravidez. Isso evidencia que a gravidez na adolescência além de ser um problema de saúde pública, ainda implica em questões biológicas, psicológicas e sociais.

No presente estudo foi observado uma redução do percentual de baixa escolaridade (26,6%), aumento nos níveis de ensino médio (53,6%) e superior completo (19,8%) no período de estudo. No setor público observou-se um percentual maior de mães com escolaridade de ensino médio (54,67%), enquanto no setor privado o percentual de mães com o ensino superior completo foi mais frequente (51,01%). Esses resultados foram semelhantes aos achados de Campos & Carvalho (2000) em um estudo realizado no Rio de Janeiro com 107.157 nascidos, verificaram que no setor público 17,6% apresentaram escolaridade maior que ensino médio, à medida que no privado esse percentual chegou a 62,7% no ano de 1995. Freitas & Fernandes (2016) realizaram um estudo em Santa Catarina com 88.926 nascidos vivos no ano de 2012 e notaram que a escolaridade materna mais prevalente foi de 4 a 8 anos de estudo (59,7%) que equivale ao Fundamental II ao Ensino Médio, enquanto no privado houve maior frequência de mães com mais de 8 anos de estudo ou Ensino Médio (53,4%). Rozário e colabores (2013) realizaram um estudo em Niterói no Rio de Janeiro analisando 62.449 nascidos vivos no período de 2000 a 2009 e verificaram que a alta escolaridade foi um fator de proteção para desfechos negativos da saúde da mulher e da criança e influenciou o acesso e utilização dos serviços de saúde. Quanto maior o nível de escolaridade materna, melhor cobertura dos serviços de saúde de, ou seja, a melhor realização do pré-natal com maior número de consultas, o pré-natal iniciando no 1º trimestre gestacional, maior duração da gravidez e conseqüentemente menor morbimortalidade materna e infantil. Além disso, a escolaridade pode ser considerada um indicador social, pois associa-se a empregabilidade e renda, de modo que, quanto maior a escolaridade materna, maior acesso e facilidade de emprego e melhorias das condições socioeconômicas (Serruya et al., 2004; Silva et al., 2009; Morse et al., 2009; Melo & Mathias, 2010; Ávila et al., 2019).

No que diz respeito ao tipo de raça/cor materna, a cor parda (49,4%) foi a mais prevalente, que pode ser justificado pela história sociocultural da miscigenação brasileira. Embora, no setor público as mulheres de cor parda tenham sido a maioria (61,54%), no setor privado a maior parte das mães foram mulheres brancas (66,77%). Achados semelhantes foram observados por Leal e colaboradores (2019) que compararam 3 estudos avaliativos (*Nascer no Brasil*, *Rede Cegonha* e *Nascer Saudável*) no Brasil sobre partos e nascimentos no período de 2011 a 2017, os autores observaram que no setor público a maioria das mulheres autodeclararam pardas, 60% no *Nascer do Brasil* e 58,5% no *Rede Cegonha*, ao passo que no privado a maioria das mulheres se declararam brancas, 54,4% no *Nascer no Brasil* e 67,5% no *Rede Cegonha*. (PNAD, 2014; Leal & Gama, 2014; Torres et al., 2014; Freitas & Fernandes, 2016; Guimarães et al., 2017; Leal et al., 2019).

A *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN) foi instituída em 2009 pelo MS, a fim de promover a equidade em saúde, considerando as desigualdades como resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais que colaboram para morbimortalidade das populações negras no Brasil. Além disso, segundo o Censo do IBGE de 2010, houve um crescimento de pessoas que se declararam negras e pardas (50,7%) no Brasil chegando a 53,9% em 2016. O tipo de etnia foi associado com diferenças socioeconômicas no Brasil. Pacheco e colaboradores (2018), afirmaram que existiu associação entre gestantes negras, baixa escolaridade, multiparidade, tipo de ocupação, e situação econômica desfavorável. Portanto, no setor privado por possuírem a maioria de mães brancas, com melhor situação econômica e maior escolaridade, essa clientela tem acesso facilitado no setor de saúde e melhor cobertura de assistência no pré-natal.

No presente estudo, embora a maioria das mulheres da coorte fossem solteiras (62,6%), no setor público o percentual de mães solteiras (78,51%) foi estatisticamente maior do que no setor privado (32,3%). Resultados semelhantes foram observados por Cravo & Canela (2012), em Aracajú (Sergipe) no ano de 2010, onde dos 9.367 nascimentos, 70,78% foram de mães solteiras. A situação conjugal insegura contribuiu para um menor apoio psicológico, maior ausência do pai, menor estabilidade financeira, inadequação do pré-natal (Brasil, 2017). Rosa et al. (2014) em um estudo realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul com 716 mulheres, evidenciaram que mulheres solteiras apresentaram um risco três vezes maior de não realização do pré-natal quando comparadas com as casadas. Além disso, o apoio família e do pai da criança se mostrou como um fator protetor para adesão ao pré-natal. Segundo, Gama et al. (2014) e Ribeiro et al. (2018), as mulheres que tiveram o apoio familiar e do pai durante a gestação apresentaram maior número de consultas pré-natal e melhor APGAR no 5º minuto, representando uma boa vitalidade do recém-nascido.

O *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*, instituído pelo MS em 2000, estabeleceu requisitos mínimos para adesão ao pré-natal tais como realizar a 1ª consulta do pré-natal até o quarto mês de gestação, realizar no mínimo 6 consultas de acompanhamento no pré-natal (uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre gestacional) e 1 consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento para prevenir, diagnosticar e tratar intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2000). A nova recomendação da OMS em 2016 teve como objetivo melhorar a cobertura e qualidade da assistência no pré-natal e conseqüentemente reduzir a mortalidade materna, perinatal e neonatal. O novo modelo aumenta o número de consultas no pré-natal de 4 para 8, sendo a 1ª consulta no 1º trimestre da gestação (Almeida & Tanaka, 2009; Martinelli et al., 2014).

Em relação as características obstétricas, o presente estudo observou que entre 2011 e 2017 houve maior frequência de mães com ≥ 7 consultas pré-natal (80,1%), primeira consulta no 1º trimestre da gestação (85,2%). Esses resultados indicaram uma melhora na qualidade da assistência do pré-natal no município do Rio de Janeiro no sentido de atender às recomendações do MS e da OMS. Contudo, observou-se uma melhor qualidade da assistência pré-natal no setor privado quanto ao número de consultas no pré-natal ≥ 7 (92,6%) e da primeira consulta no 1º trimestre de gestação (94,34%) quando comparado ao setor público (64,1% e 73,3% respectivamente). Alguns estudos observaram uma associação entre o número de consultas no pré-natal, trimestre da 1ª consulta e desfechos maternos e perinatais. O acompanhamento adequado do pré-natal permite identificação precoce de riscos reduzindo os óbitos maternos, perinatais e neonatais. Quanto maior a cobertura do pré-natal, maior será a oportunidade de acesso aos serviços de saúde. Logo, melhor será a assistência na realização do pré-natal e menor será a mortalidade materna e infantil (Nascimento et al., 2001; Haidar et al., 2001; Franceschini, 2008; Almeida et al., 2009; Leal et al., 2014; Viellas et al., 2014; Rosa et al., 2014; Correio et al., 2016; Santos et al., 2017; Mattei & Carreno, 2017; Silva, 2018; Oliveira et al., 2020).

No que tange as características clínicas dos nascidos vivos, o presente estudo evidenciou que entre 2011 e 2017, o município do Rio de Janeiro apresentou 9,53% de baixo peso e 12,29% de prematuros. Esses resultados foram maiores do que a média brasileira 11,2% em 2014 (Brasil, 2015). Em 2014, o Brasil apresentou 8,5% de baixo peso ao nascer com diferenças regionais, sendo maior no Sudeste (9,2%) e menor no Nordeste (7,6%). Quanto à prematuridade, a prevalência foi de 11,2% no país nesse mesmo ano, variando de 10,8% nas regiões do Norte e Nordeste do Brasil a 11,8% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (Brasil, 2015). Um estudo transversal de base

populacional no período de 2011 a 2015, no município do Rio de Janeiro, observou uma prevalência de 7,5% para baixo peso e 12,3% de prematuros (Henriques e colaboradores, 2019). Por outro lado, Correio e colaboradores (2016) realizaram um estudo transversal de base populacional em Chapecó/ Santa Catarina nos anos de 2011 a 2013. Os autores verificaram uma prevalência de 3% de baixo peso e de 9,2% de prematuros. Ribeiro e colaboradores (2018), realizaram um estudo transversal de base populacional com 200.968 nascidos vivos entre 2000 a 2013 em Teresina no Piauí. Os autores observaram uma prevalência de 8,8% para baixo peso ao nascer e de 7,6% de prematuros. Ávila e colaboradores (2019), realizaram no estado de Goiás, um estudo transversal, descritivo de base populacional no período de 2010 a 2016 com 575.850 nascidos vivos. Os autores verificaram que a prevalência de baixo peso ao nascer (7,4%) e de prematuridade (9,4%) foram semelhantes à média nacional, de 8,5% e 9,2%, respectivamente, para o ano de 2015.

O presente estudo apresenta as limitações inerentes aos estudos observacionais que utilizaram bases de dados secundárias. Dentre elas, a principal se refere ao elevado percentual de informações ignoradas e dados faltantes das bases do SINASC. Nesse sentido, as variáveis importantes como ocupação da mãe, bairro de residência, idade do pai, cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar, Grupo de Robson, não foram analisadas por apresentarem mais de 10% as informações ignoradas. Além disso, embora nos estudos transversais não seja possível inferir causalidade, uma vez que não sabe se a exposição precedeu o desfecho. O presente estudo não se propõe avaliar associações entre as distintas variáveis e sim descrever os desfechos na população de nascidos vivos do Rio de Janeiro. Contudo, o estudo conta com a vantagem de ter avaliado variáveis com mais de 90% de completude, reduzindo a probabilidade de vieses devido a dados faltantes. Por outro lado, este estudo mostra a vantagem de ser um estudo de base populacional,

permitindo a descrição do perfil de nascimentos no município do Rio de Janeiro, segundo o prestador de serviço.

5.5 Conclusão

No município do Rio de Janeiro entre 2011 a 2017, foi observada a predominância de partos realizados em hospitais (99,2%) e um alto percentual de partos cesáreos (56,36%), alcançando a 91,05% no setor privado, à medida que no setor público esse percentual foi de 38,19%. Apesar disso, ambos os setores apresentam percentuais acima do preconizado pela OMS em 2015 de até 15% de cesáreas para todos os nascimentos.

Ademais, ocorreu uma transição de faixa etária materna com redução de mães com menos de 20 anos e ascensão de mães com idade superior a 35 anos e aumento da escolaridade materna ao longo do período. As políticas de acesso à educação de nível superior, provavelmente, melhoraram perspectiva de mães com baixa renda e escolaridade, reduzindo assim a gravidez na adolescência, à medida que houve um aumento de mulheres grávidas com idade superior a 35 anos, possivelmente, pelo desejo da mulher em investir na carreira profissional, o aumento do uso de anticoncepcionais, postergação do casamento e a ampliação ao acesso de tecnologias para reprodução assistida em idade mais avançadas. Concomitante a esses fatos, o aumento do número de consultas no pré-natal e da frequência das primeiras consultas realizadas no 1º trimestre gestacional revelaram uma melhora da assistência pré-natal no município durante o período do estudo.

O presente estudo evidenciou diferenças na clientela quanto aos prestadores de serviços em saúde. No setor público ocorreu uma maior proporção de mães adolescentes, com baixa escolaridade, pardas, solteiras, menor número de consultas no pré-natal, a primeira consulta ocorrendo entre o 1º e o 2º trimestre gestacional, com maior proporção

de partos prematuros e baixo peso ao nascer revelando desigualdades no acesso e oferta de serviços em saúde. Em contrapartida, no setor privado houve uma maior proporção de mulheres com idade superior a 35 anos, brancas, casadas com ensino superior completo, maior número de consultas no pré-natal, sendo a primeira consulta realizada no 1º trimestre de gestação. Apesar disso, foi observado que o setor público apresentou uma menor frequência de partos cesáreos comparado ao privado, que mostrou um alto percentual de partos cesáreos por meio da marcação de cesáreas eletivas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução histórica dos locais de nascimentos e tipos de partos no Brasil, de 1930 a 2018, evidenciou que uma mudança do local de parto que antes era realizado em ambiente domiciliar, feitos por parteiras, para o parto em ambiente hospitalar, realizado por médicos especialistas (obstetras), marcou também uma fase de transição do tipo de parto no Brasil, deixou progressivamente de ser pela via vaginal a partir da década de 80-90, passando a ser predominantemente partos cesáreos. Por outro lado, quanto ao perfil de nascimentos nos hospitais no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017 com 640.126 nascidos vivos, evidenciou que houve uma hegemonia de partos realizados em ambiente hospitalar (99,2%) e altos percentuais de partos cesáreos (56,36%), tanto no setor público (38,19%) quanto no privado (91,05%).

A observação de que no Rio de Janeiro houve uma transição de faixa etária materna com redução das mães adolescentes e ascensão de mães com idade ≥ 35 anos, além de um aumento da escolaridade materna ao longo do período, podem indicar tanto que as políticas de acesso à educação de nível superior ocorridas nos anos de 2011 a 2017 possivelmente melhoraram as perspectivas das mulheres de baixa renda e escolaridade reduzindo a frequência de gravidez na adolescência, quanto o aumento do acesso às

estratégias de gravidez assistida das mulheres com idade superior a 35 anos. Além disso, o aumento do número de consultas no pré-natal e da frequência das primeiras consultas realizadas no 1º trimestre gestacional, revelaram uma melhora da assistência pré-natal no município durante o período do estudo.

No Brasil, o nível socioeconômico seleciona a demanda dos serviços de saúde e diferencia a clientela dos setores de assistência em saúde público e privado. Esta dissertação mostrou que a maior proporção de mães adolescentes, com baixa escolaridade, pardas, solteiras, menor número de consultas no pré-natal, a primeira consulta ocorrendo entre o 1º e o 2º trimestre gestacional, com maior proporção de partos prematuros e baixo peso ao nascer observados no setor público, revelou uma desigualdade de acesso e utilização dos serviços de pré-natal, bem como um aumento de gestações em grupo de mulheres socialmente mais vulneráveis. Por outro lado, no setor privado observou-se uma maior frequência de mães na faixa etária de ≥ 35 anos, brancas, casadas, ensino superior completo, apresentando maior número de consultas no pré-natal com a primeira consulta sendo realizada majoritariamente no 1º trimestre de gestação. Apesar disso, foi observado que o setor público apresentou uma menor frequência de partos cesáreos comparado ao setor privado, que mostrou um alto percentual de partos cesáreos por meio da marcação de cesáreas eletivas.

Diante desse cenário, os achados da presente dissertação evidenciaram diferença nas condições de partos e nascimentos dos recém-nascidos no município do Rio de Janeiro, com uma melhor assistência da saúde materna e infantil no setor privado, mas também com um elevado percentual dos partos cesáreos nesse setor, representando um grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Almeida CAL de, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev. Saúde Públ., São Paulo. 2009;43(1):98-104.
2. Almeida MF, Alencar GP, Novaes MHD, França I, Siqueira AA, Schoeps D, Campbell O, Rodrigues L. Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo. Rev. Saúde Públ., São Paulo. 2005;39(3):366-375.
3. Almeida MMG de. Sub-registro de nascimento em Salvador, BA (Brasil). Rev. de Saúde Públ, 1979;13:208-219.
4. Alves NC de C, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminhas M de FCosta. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. Rev. Gaúcha Enferm. 2017;38(4):2017-2042.
5. Amari VC da S. Tendência temporal e análise espacial dos indicadores socioeconômicos das cesáreas no Estado do Paraná, 2003 a 2014. 2018. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde] apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, 2018.
6. Andrade CLT, Szwarcwald CL, Castilho EA. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. Cad. Saúde Públ. 2008;24:2564-2572.

7. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: Estudo Controlado. RBGO. 2004;26(9):697-702.
8. Araújo D. Polarização epidemiológica no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2012;21(4):6.
9. Ávila ALA, Mendonça Junior J de F, Motta Junior LHR, Ramuel E de PN, Silva T de A, Guerra HS. Perfil epidemiológico das puérperas e nascidos vivos no estado de Goiás. Rev. Educ. em Saúde. 2019;7(1):90-99.
10. Azevedo G de D, Freitas Junior RA de OF, Freitas AKMS de O, Araújo ACPF de, Soares EMM, Maranhão TM de O. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002;24(3):181-185.
11. Barros AJD, Santos IS dos, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, Matijasevich A, Bertoldi AD, Barros FC. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2006;40(3):402-413.
12. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, Oladapo OT, Souza JP, Tunçalp O, Vogel JP. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reproductive Health. 2015;12:1-10.

13. Bettiol H, Barbieri MAUAG, Andrea M, Goldani MZ, Ribeiro ERO. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. Rev. Saúde Públ. 1998;32(1):18-28.
14. Bettiol H. Saúde perinatal em Ribeirão Preto: estudo de algumas variáveis sociais e biológicas no perfil reprodutivo de mães adolescentes. 1990. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USO, São Paulo,1990.
15. Bezerra ACL, Mesquita JS, Brito MCC, Teixeira FV. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. Rev. Bras. Ciênc. Saúde. 2015;19(2):163-168.
16. Bonilha EA, Vico E da SR, Freitas M de, Albuquerque SMSR. Nascer na cidade de São Paulo: 15 anos do SINASC. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo. 2015;11:40.
17. Braga E. Da assistência ao parto nas maternidades. Rev. Ginc. d'Obst. 1937;31:291-299.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde. 2015;1:282.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde. 2015;1:282.

20. Brasil. Ministério da Saúde, Pan American Health Organization, Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Vol. 1. Brasília, DF, 2009.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Brasília, DF; 2006.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF; 2000.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede amamenta Brasil. Os primeiros passos (2007 a 2010). Brasília, DF; 2011.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004.
25. Brasil. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2014. [acesso em 5 dez. 2018] Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf.
26. Brasil. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1986.

27. Buriol VC de S. Evolução temporal de fatores determinantes de saúde materno-infantil relacionados ao peso ao nascer no Brasil. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado] – Universidade do Rio Grande do Sul; 2014.
28. Campos TP, Carvalho MS. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro*. 2000; 16(2):411-420.
29. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. 2012;22(1):35-52.
30. Carniel E de F, Zanoli M de L, Almeida CAA de, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*. 2006;6(4):419-426.
31. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trial of routine antenatal care. *Lancet*. 2001;357:1565-70.
32. Carvalheiro CDG. Padrões de atendimento ao parto no município de Ribeirão Preto, São Paulo. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1978;85:239-249.

33. Carvalho IS, Costa PF, Oliveira JC, Brito RS. Perfil epidemiológico de partos e nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico. *Rev. Enferm UFPE. Recife.* 2014;8(2):3847-3854.
34. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. de Saúde Públ. Rio de Janeiro.* 2003;19(3):725-733.
35. Carvalho JAM, Wong LLR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro.* 2008;24(3):597-605.
36. Cavalcanti ANC. Caracterização dos partos das mães residentes em Goiana, Zona da Mata de Pernambuco. Recife. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Pernambuco, 2012. Monografia de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.
37. Cavalcanti, PC da S, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR de; Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Rev. de Saúde Col. Rio de Janeiro.* 2013;23(4):1297-1316.
38. Cella, W, Marinho KO. Delineamento epidemiológico dos nascidos vivos em Tefé, Amazonas, no período de 2006 a 2012. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR. Umuarama.* 2017;20(2):99-1104.

39. Cesar JA, Mano OS, Carlotto K, Gonzales-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife.* 2011;11(3):257-263.
40. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. Bras. de Ger. e Geront. Rio de Janeiro.* 2012;15(3):443-458.
41. Corrêa MCDV, Loyola MA. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.* 2015;25(3):753-777.
42. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Cienc. Saud. Col.* 2014;19(11):4467-4478.
43. Correio RSS, Correio LF, Correio MA. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó. *Rev. Eletron. Comum. Inf. Inov. Saúde.* 2016;10(2):1-16.
44. Cravo EO, Oliveira JVR. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracajú - Sergipe. *Ideias & Inovação. Aracaju.* 2012;1(1):9-17.
45. Dantas SJ, Costa SM. Perfil epidemiológico de partos e nascimentos do Estado de Sergipe: análise de dados secundários. *Ver Enferm UFPE online. Recife, Out.* 2014;8(2):3847-3854.

46. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;48:33-52.
47. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz ACO, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brun IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2014;39(1):169-181.
48. D'Oleo R de JM, Fávero MF. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. *Rev. de Saúde Públ, São Paulo.* 1992;26(4):256-263.
49. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, Schilithz A, Orlando C, Leal MCL. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2014;30(1):101-1164.
50. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro.* 2012;28(3):425-437.
51. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN da, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(3):140-147.

52. Entringer AP, Pinto M, Dias, MAB, Gomes MASM. Análise do custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(5)1-15.
53. Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev. Bras. Epidemiolog*. 2016;19(1):75-88.
54. Ferreira VM, Gomes NS, Pissetti CW, Silva SR da, Ruiz MT. Perfil epidemiológicos dos nascidos vivos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Rev. de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro*. 2018;8:2550-2559.
55. Fonseca SC, Coutinho ES. Mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(1):7-19.
56. Fontenelle JP. A higiene pré-natal nos centros de saúde. *A Folha Médica*, São Paulo. 1938;5:156.
57. Franceschini VLV. Análise espacial do perfil dos nascidos vivos no município de Belo Horizonte em 2000, com foco naqueles potencialmente vulneráveis ao óbito infantil. Minas Gerais. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

58. Franciscatto LHG, Pasqua MD, Tolotti GK, Rossetto C, Argent C, Pinheiro JM. Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. *Rev. Enferm. do UFPE*. 2014;8(5):1149-1156.
59. Freitas PF, Fernandes TMB. Associação entre os fatores institucionais, perfil de assistência ao parto e as taxas de cesarianas em Santa Catarina. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2016;19(3): 525-538.
60. Freitas PF, Vieira HGM. Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação nas taxas de cesarianas em Santa Catarina e sua associação com o perfil institucional. *J. Health Biol Sci.* 2019;8(1):1-9.
61. Friche AA de L, Caiaffa WT, César CC, Goulart LM de F, Almeida MCM. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intraurbanos. *Cad. Saúde Pública.*, Rio de Janeiro. 2006;22(9):1955-1965.
62. Gabani FL, Sant'Anna FHM, Andrade SM de. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2010;9(2):205-213.
63. Galvão MLS. Memória de ritos e símbolos na prática das parteiras no Nordeste brasileiro. in: *Brasil, espaço memória e identidade*. In: Lemos MTTB; Bahia LHN; Dembcz A, editores. Warszawa: CESLA; 2001.

64. Geller E, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol.* 2010;30(4):258-64.
65. Goffi PS. A assistência à parturiente pobre em São Paulo. *Rev. de Med. e Cir. de São Paulo.* 1948;8(3):144-158.
66. Goffi PS. Aumento da incidência da cesárea. *Arq. Med. ABC.* 1979; 2(1):5-7.
67. Gomes UA, Bettiol H, Silva AAM da, Almeida LEA, Barros Filho AA, Barbieri MA. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: apresentação de algumas características demográficas-sociais e da atenção médica da população estudada. *Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 1990;6(1):5-17.
68. Gravena AAF, Paula MG de, Marcon SS, Carvalho MDB de, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul. Enferm.* 2013;26(2):130-135.
69. Gualda DMR. Os vazios da assistência obstétrica: reflexos sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 1994;28(3):332-336.
70. Guimarães RM, Silva RLPD, Dutra VGP, Andrade PG, Pereira ACR, Jomar RT, Freire RP. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife.* 2017;17(3):581-590.

71. Guise JM. Vaginal delivery after caesarean section. *BMJ*. 2010;329(7462):359-360.
72. Gurgel RQ, Nery AMAG, Oliveira ERR, Bettiol H, Barbieri MA. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*. 2009;9(2):167-177.
73. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. A escolaridade materna: correlação com indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(4):1025-1029.
74. Hau LCH, Nascimento LFC, TomaziniI JE. Geoprocessamento para identificar padrões do perfil de nascimentos na região do Vale do Paraíba. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro*. 2009;31(4)171-176.
75. Helena ETS, Wisbeck J. Implantação do SINASC e perfil dos nascidos vivos de Blumenau, 1994-1997. *IESUS*. 1998;7(3):35-42.
76. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2002;18(5):1303-1311.
77. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | v4.3.8.18.18.
78. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

79. Juraci AC, Mano PS, Carlotto K, Chica DA G, Sassi RAM. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife2011;11(3):257-263.
80. Kikuchi K, Ansah EK, Okawa S, Enuameh Y, Yasuoka J, Nanishi K, et al. Effective Linkages of Continuum of Care for Improving Neonatal, Perinatal, and Maternal Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(9):1-27.
81. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido do tipo de parto do Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007;23(8):1886-1892.
82. Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB de. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(1):39-44.
83. Kwee A, Cohlen BJ, Kahnai HH, Bruinse HW, Visser GH. Caesarean section on request: a survey in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(2):186-90.
84. Leal MC, Bittencout AS, Pereira APE, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7):1-13.

85. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Brasil CLP, Szwarcwald CL. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004;20(1):20-33.
86. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad. de Saúde Pública*. 2014;30(1):49-58.
87. Leão MRC, RiescoI MLG, SchneckII CA, AngeloI M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Cienc. Saúd. Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013;18(8)2395-2400.
88. Leister, N. Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. São Paulo. Dissertação [Mestrado] - Universidade de São Paulo; 2011.
89. Leitel FMC, Barbosa TKO, Mota JS, Nascimento LCN, Amorim MC, Primo CC. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistida em uma maternidade filantrópica. *Cogitare Enferm*. 2013;18(2):344-350.
90. Leone ET, Maia AG, Baltar PE. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Econ. e Soc.*, Campinas. 2010;19(38)59-77.

91. Lima EFA, Souza AI, Griep RH, Primo CC. Fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília. 2012;65(4):578-585.
92. Lima WS, Santana MDO, Oliveira MC. Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo. *Rev. Multid.*, Palmas. 2018;2(2):2594.
93. Linhares JJ, Coelho SFM, Vieira EM, Costa EA, Portela LC, Pinto T. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Sobral, Ceará, Brasil. *Einstein*. 2009;7(2):182-186.
94. Lisboa L, Abreu MX, Lana AM, França EB. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2015;24(4):711-720.
95. Lofredo LCM, Simões MJS. Peso ao nascer e padrões de atendimento ao parto em município do Estado de São Paulo, Brasil, 1986. *Rev. Saúde Pública*. 1990;24(1):80-83.
96. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer S. Maternal and mortality and severe morbidity associated with low risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007;176 (4): 455-460.
97. Machado Junior LC, Passini Junior R, Rosa IRM. Prematuridade tardia: uma revisão na literatura. *J. Pediatr*. 2014;90(3):221-231.

98. Maia MAC. Caracterização dos nascidos vivos hospitalares no primeiro ano de implantação do Subsistema de Informação sobre Nascidos Vivos, em município de Minas Gerais, Brasil, 1996. *Rev. Saúde Pública.* 1997;31(6):5815-85.
99. Maldonado MT. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. *Rev. SBPH.* 2013;16(1):165-184.
100. Marion Filho PJM, Reichert H. Condicionantes econômicos e sociais da fecundidade no Brasil. *Ciênc. Soc. em Persp.* 2017;16(30):30-57.
101. Martinelli KG, Santos N, Edson T dos, Gama SGN da, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. In *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014;36:56–64.
102. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos ISS, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2018;21:1-14.
103. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife.* 2006;6(2):175-181.
104. Mattei F, Carreno I. Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife.* 2017;17(3):539-549.

105. Meireles JFF, Neves CM, Nacif MFP, Carvalho PHB de, Ferreira MEC. Comparação entre gestantes do setor público e privado da saúde: uma abordagem psicológica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife. 2019;19 (1): 89-97.
106. Meller FO, Schäfer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(9):3829-3835.
107. Mello Jorge HP de, Gotlieb SLD, Soboll MLS, Almeida MF de, Latorre M do RDO. Avaliação do sistema de informação dos nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatística de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1993;27(1):1-44.
108. Mello Jorge HP de, Gotlieb SLD, Soboll MLS, Andrade SM de. Análise dos registros de nascimentos vivos em localidade urbana no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1997;31(1):78-89.
109. Mello Jorge MHP de, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(3):643-654.
110. Mello Jorge MHP de. Sub-registro dos eventos vitais: estratégias para a sua diminuição. *Rev. Saúde Pública*. 1983;17(2):148-151.
111. Melo ECO, Knupp VMAO, Oliveira RB. A peregrinação das gestantes no município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. *Rev. Esc. de Enferm. USP*. 2007;41(1):804-809.

- 112.Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Rev. Saúde Pública.* 2010;44(1):80-89.
- 113.Minosso KC, Toso BRGO. Caracterização de nascimentos e fluxo das declarações de nascidos vivos no Município de Cascavel, Paraná. *Ciênc. Biol. e da Saúde, Londrina.* 2018;39(2):109-118.
- 114.Morcillo AM, Carniel EF, Zanolli ML, Moreno LM, Antônio MARGM. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. *Rev. Paul. Pediatria.* 2010;28(3):269-275.
- 115.Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil, MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27: 623-38.
- 116.Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-190). *Proj. História, São Paulo.* 2002;25:195-219.
- 117.Munn Z, Moola S, Riitano D, Lisy K. *The development of a critical appraisal tool for use in systematic reviews addressing questions of prevalence.* *Int J Health Policy Manag.* 2014;3(3):123-128.
- 118.Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde

- em município da Região Sul do Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008;24(8):1859-1868.
- 119.Nakano, A. R. Uso de tecnologias e as transformações nas práticas sociais e de nascimento no Brasil: uma normalização da cesárea? Rio de Janeiro. Tese [Doutorado] – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2015.
- 120.Nascimento LFC, Goltlieb SLD. Fatores de risco para baixo peso ao nascer, com base nas informações da Declaração de Nascidos Vivos em Guaratinguetá SP, no ano de 1998. *Inf. Epidemiol.*, Brasília. 2001;10(3)113-120.
- 121.Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev. Bras. Matern. Infant.*, Recife 2003; 3(2):187-194.
- 122.Nicida, LRA. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2018;25(4)1147-1154.
- 123.Noronha GA de, Torres TG de, Kale Pl. Análise da sobrevida infantil segundo características maternas, da gestação, do parto, e do recém-nascido na coorte de nascimentos de 2005 no município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2012;21(3):419-430.

- 124.Oliveira DN, Castro JM de, Oliveira TVC, Proti ES, Martind REC, Azevedo MA, Araújo DA, Arruda JSD, Guerra CHW, Costa WJT. Desfechos obstétricos em gestações tardias no estado de Minas Gerais. REAEnf. 2020; 3:1-9.
- 125.Oliveira MM de, Andrade SSCA, Dimech GS, Malta DC, Neto DLR, Moura L de. Avaliação dos Sistemas de Informações sobre nascidos vivos. Brasil, 2006 a 2010. Epidemiol. e Serviços de Saúde, Brasília. 2015;24(4):629-640.
- 126.Oliveira MM de, Carniel S. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-Paraná (RO). Rev. Cien. Fac. Edu. Mei. Amb. 2013;4(2):18-38.
- 127.Oliveira NC de, Moura ERF. Perfil dos nascidos vivos de Maranguape-CE: a partir da série histórica de 2000 a 2003. Rev. RENE, Fortaleza. 2007;8(1):52-59.
- 128.Oliveira RR de, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2016;50(5):734-741.
- 129.Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Quarterly. 2005;83(4):731-757.
- 130.ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Os Objetivos de desenvolvimento do milênio. Nova Iorque: ONU, 2012. [acesso em 5 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>.

131. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas. OPAS; 2012.
132. Pacheco VCP, Silva JCS, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Saúde Debate. 2018;42(116):125-137.
133. Padilha JF, Farinha LB, Mattos KM de, Gasparetto A. Caracterização da Saúde materna em Santa Maria, RS. 2005-2009. Rev. Enferm. UFSM. 2012;2(1):79-87.
134. Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos K de M. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. Rev. Saúde, Santa Maria. 2013;39(2)99-108.
135. Paes LB de O, Soler ZASG. Nascer de cesárea em microrregião paulista: associação com características sociodemográficas. Enfermagem Brasil. 2019;18(2):242-253.
136. Paes LB de O, Soler ZASG. Nascer em município do interior paulista (2006-2014): até quando a “preferência” pela cesárea. Enfermagem Brasil. 2017;16(2):89-96.
137. Paiva NS, Coeli CM, Moreno AB, Guimarães RM, Camargo Junior KR de. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. Cienc. Saud. Col. 2011;16(1):1211-1220.

138. Palharini LA, Figuerôa SFM. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. 2018;25(4):1039-1061.
139. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública. 2011;45(1):185-94.
140. Pereira Junior AC, Henriques BD. Perfil dos nascidos vivos em Viçosa, Minas Gerais, no período de 2001 a 2007. Rev Med. Minas Gerais. 2010;20(4):508-513.
141. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão da literatura. Rev Cient da Facul Educ e Meio Ambiente. 2015;6(1):99-108.
142. Pimentel TA, Oliveira-Filho EC. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. Universitas: Ciênc Saúde. 2016;14(2):187-99.
143. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2004;9(1):85-98.
144. Pittrof R, Campbell OM, Filippi VG. What is quality in maternity care? An international perspective. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81:277-83.
145. Portela MH de RB. Sub-registros de nascimentos vivos em localidade do Estado de Piauí, Brasil. Rev. de Saúde Pública, São Paulo. 1989;23(6):493-501.

- 146.Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MC. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001;323(7322):1155-1158.
- 147.Prata, PR. A Transição Epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (2):168-175, abr/jun, 1992.
- 148.Queiroz MVO, Silva NSJ, Bessa JMS, Moreira TMM. Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev. Bras. Enferm.* 2005;58(6):687-91.
- 149.Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(1):595-602.
- 150.Rego MB de C, Matão MEL. Análise dos partos vaginais e cesarianas no município de Goiânia-Goiás: antes e após a rede cegonha. *Rev. da Univ. Vale do Rio Verde, Três Corações*.2016;14(2):83-92.
- 151.Reis JTS, Saraiva FO, Ferraresi MF, Vieira MAS. Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco de Goiânia-GO. *Estudos*. 2014;41(2):329-39.
- 152.Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral, GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014;36(2):65-71.

153. Renner FB, Garcia EL, Renner JDP, Costa B, Figueira FP, Elbert JP, Nascimento LS, Ferrari L, Grossi M, França VT. Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. *Bol Cient Pediatr.* 2015;4(2):27-32.
154. Ribeiro ER, Barbieri RA, Bettil H, Silva AA. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34: 136-42.
155. Ribeiro JF, Lira JAC, Fontinele AVC, Santos PO, Lima FF, Galvão TCCP. Epidemiologia de nascidos vivos de mães residentes em uma capital do nordeste. *Rev. Pre. Infec. e Saúde.* 2018;4(6897)1-7.
156. Rodrigues CS, Magalhães Junior HMM, Evangelista PAE, Ladeira RM, Laudares S. Perfil dos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte, 1992-1994. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro.* 1997;13(1):53-57.
157. Rodrigues KSF, Zagonel IPS. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PN: indicador para planejamento do cuidado do enfeiro. *Esc. Anna Nery.* 2010;14(3):534-542.
158. Rodrigues OCC. Fatores associados a cesárea eletiva na região sul do Brasil: estudo seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Florianópolis. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2012.

159. Rozario S do, Brito AS, Kale PL, Fonseca S.C. Série temporal de características maternas e de nascidos vivos em Niterói, RJ. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife. 2013;13(2):137-146.
160. Saleh CS, Oliveira N de, Neves MM, Amond JE, Souza PC. Modelos de assistência e taxa de parto cesáreo/vaginal em hospitais com diferentes tipos de gestão: uma análise de 2.556.496 partos. *Arq. Catarin. Med.* 2019;48(4):162-173.
161. Santana FG de, Feitosa FSS, Oliveira M de, Farias FB de, Santos FCS, Neto MS, Santos LH dos. Relação entre idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis, Tocantins. *Rev. Pesq. Saúde.* 2010;11(3):35-40.
162. Santos Filho A. “A assistência ao parto em domicílio (a experiência da Bahia)”. *Anais do Primeiro Congresso de Hospitais; 1955. Rio de Janeiro (RJ) Brasil. I v., 449-458.*
163. Santos GHN dos, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna e os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro. 2009;31(7):326-334.
164. Santos GM dos, Solva AJA, Costa RF da, Silva LA da Sousa CR de O, Barreto MTS. Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste brasileiro. *Rev. UNINGÁ Review.* 2017;31(1):12-18.

- 165.Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. e Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1431-1440.
- 166.Santos JB, Souza EM de, Rocha CS, Trindade FS, Oliveira KA de. Aspectos epidemiológicos dos partos cesáreos em Sergipe: análise a partir do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. *REAGES, Paripiranga, Bahia*. 2019;4(1):47-51.
- 167.Santos JBFS, Sila JBT da, Silva MGN, Lopes MNF, Dantas PN, Lopes CM. Estudo do peso do recém-nascido, faixa etária da mãe e tipo de parto. *Rev. Bras. de Enferm., Brasília*. 2001;54(3):517-527.
- 168.Santos JO, Tambellini CA, Oliveira SMJV de. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. *Rev. Min. Enferm.* 2011;15(3):453-458.
- 169.Santos RA, Melo CP, Cruz DD. Trajetória da humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão interativa de literatura. *Cad. de Cult. e Ciênc., Cariri*. 2015;13(2):76-89.
- 170.Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn. Trat.* 2009;14(4):133-137.
- 171.Senesi LG, Tristão EG, Andrade RP de, Kraiden ML, Oliveira Junior FC de, Nascimento DJ. Morbidade e Mortalidade Neonatais Relacionadas à Idade Materna Igual ou Superior a 35 Anos, segundo a Paridade. *RBGO*. 2004;26(6):477-482.

- 172.Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TDG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004;20(5):1281-1289.
- 173.Silva AAM da, Ribeiro VS, Borba Junior AF, Coimbra LC, Silva RA da. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. Rev. Saúde Pública. 2001;35(6):508-14.
- 174.Silva EAR da, Silva GG da, Carniel F. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos em um município da Amazônia Legal. Braz. J. Surg. Clin. Res. 2020;29(2):34-39.
- 175.Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005;27:103-105.
- 176.Silva MB da. Perfil de nascimentos de uma região de saúde de Pernambuco, 2011 a 2015. Caruaru. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. 2018. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva.
- 177.Silva Rl da, Theme Filha MM, Noronha CP. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos na cidade do Rio de Janeiro, 1993/1996. IESUS. 1997;6(2):35-48.
- 178.Silva RLDT. Cesáreas: frequência, fatores determinantes e consequências maternas e perinatais, Maringá, Paraná. Ciênc., Cuid. e Saúde, Maringá. 2006;5:157-165.

- 179.Silva TP da, Oliveira RN, Moraes KAF de, Gomes JMS, Gordon ASA, Silva ITS.
Vias de nascimento: um estudo sobre a distribuição do Parto na 4ª regional de saúde
Imperatriz, Maranhão. REAS. 2018;10(2):1957-1963.
- 180.Silva TRSR, Barros SMO. Perfil do peso ao nascer no município de Presidente
Prudente, São Paulo de 1998 a 2001. Acta Paul. de Enferm. 2004;17(3)292-297.
- 181.Silva TRSR. Fatores de risco maternos não biológicos para o baixo peso ao nascer na
América Latina: revisão sistemática de literatura com meta-análise. Einstein.
2012;10(3):380-385.
- 182.Silva ZP da, Almeida MF de, Ortiz LP, Alencar GP, Alencar AP, Schoeps D, Minuci
EG, Novaes HMD. Características dos nascidos vivos, das mães e mortalidade
neonatal precoce na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública,
Rio de Janeiro. 2009;25(9):1981-1989.
- 183.Silva ZP, Almeida MF. Partos Domiciliares Acidentais e Mortalidade Infantil. In:
XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2012.
- 184.Simões VMF Silva AAM, Bettiol H, Mammy Filho F, Tonial SR, Gomide M.
Característica da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev. Saúde Públ.
2003;39:559-65.

185. Siqueira AAF de, Areno FB, Almeida PA de, Tanaka ACA. Relação entre peso ao nascer, sexo do recém-nascido e tipo de parto. *Rev. Saúde Públ., São Paulo.* 1981;15:283-290.
186. Soares V. M.N., Schor N. Perfil de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(4): 1041-1050, 2013.
187. Sousa WC de, Knupp VCR, Regazzi ICR. Perfil epidemiológico do parto no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Cient. da Saúde, Rio de Janeiro.* 2017;2(43):43-53.
188. Tanaka, AC, Siqueira AAF de, Bafile PV. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Públ., São Paulo.* 1989;23(1):67-75.
189. Teixeira GP, Vieira MG, Fonseca SC, Vieira DMV. Tendência temporal de cesarianas em município do Sudeste do Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória.* 2017;19(3):76-81.
190. Teixeira LA, Nakano AR, Nucci MF. Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas. *Hist., Ciênc., Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro.* 2018;25(4):913-915.
191. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN da, Theme Filha MM, Schilithz AOC, Leal MC. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2014;30(1):220-231.

192. Turban E, Leidner D, Mclean E, Wetherbe J. Tecnologia da informação para gestão: transformando os negócios na economia digital. Porto Alegre: Bookman; 2010. p.720.
193. Turban E, R. Rainer Jr. K, Potter RE. Administração De Tecnologia Da Informação Teoria e prática. Rio de Janeiro: Campus; 2003.
194. Uchôa EMT, Araújo MVF, Castro RC de O, Oliveira RG. Contribuição do Trabalho Social na Implantação e Utilização do Sistema de Esgotamento Sanitário em Maranguape – Ceará. Redenção. Especialização em Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB; 2015.
195. UNITED NATIONS. The Millennium Development Goals 2015. New York: UN, 2015. [Acesso em: 6 dez. 2018]. Disponível em: <[http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev 20 \(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)>.
196. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidem. e Serv. de Saúde*. 2012;21(4):539-548.
197. Vendruscolo CT, Kruehl CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; do sujeito a objeto. *Ciênc Hum.*, Santa Maria. 2015;16(1):95-107.

198. Viacava F, Oliveira RAD de, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. e Saúd. Colet.* 2018;23(6):1751-1762.
199. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet.* 2011; 377:1863-76.
200. Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AMB, Horta BL, Tomas E. Estudo longitudinal da população materno infantil na região urbana no sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Rev. Saúde Públ.* 1996;30(1):34-45.
201. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGM da, Theme Filha MM, Costa JV da Bastos MH, Leal MC do. Assistência do Pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2014;30:85-100.
202. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet.* 2001; 357:1551-64.
203. Wagner M. Fish can't see water. The need to humanize birth. *Int J. Gynecol. Obstet.* 2001;75(1):25-37.

204. WHO. World Health Organization. Making pregnancy safer – a health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. Geneva: WHO, 2000.
205. WHO. Global Health Observatory Country View: Available from Brazil 2015. [S.l.], c2016.
206. WHO. Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018.
207. Wrong LLR, Carvalho JAM. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. R. bras. Est. Pop., São Paulo. 2006;23(1):5-26.
208. Yaslle RJS, Ortiz PC, Fung YT. A incidência de cesáreas e a remuneração em relação ao parto. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1985;1(4):457-466.
209. Yazlle MEHD, Rochab JSY, Mendesa MC, Patta MC, Marcolina AC, Azevedo GD de. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. Rev. Saúde Públ. 2001;35(2):202-206.
210. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and ϵ maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2016;123: 745-53.

211. Yunes, J. Os níveis de saúde no município de São Paulo de 1961 a 1967. *Rev. Saúde Públ., São Paulo.* 1969;3(1):41-50.
212. Zanon NN, Almeida SB. Market place insertion and professional practice of direct-entry midwives in Brazil: A descriptive study *American J. H. Res.* 2014;2(6):327-333.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1

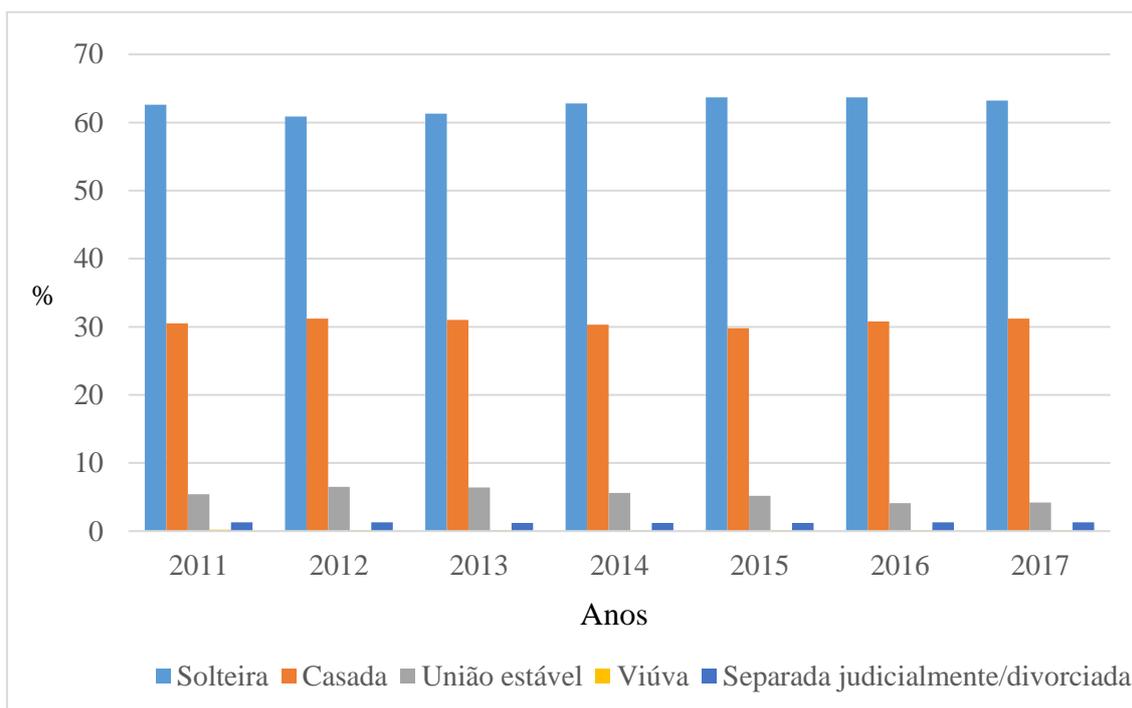


Gráfico 7. Proporção de nascidos vivos segundo estado civil das mães no município do Rio de Janeiro, de 2011 a 2017.

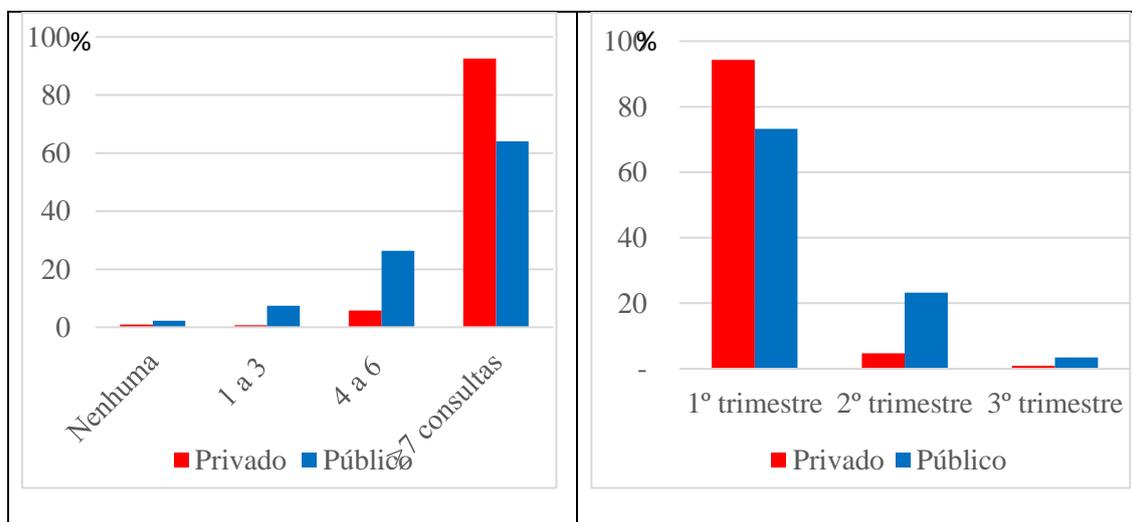


Gráfico 8. Proporção de nascidos vivos segundo número de consultas pré-natal (A) e trimestre da 1ª consulta gestacional (B) no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2017, segundo prestador em saúde.

APÊNDICE 2

Tabela 6. Variáveis categóricas para as características maternas, obstétricas e dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2017.

Variável	Ano de nascimento							Teste X ² p-valor
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Número de nascidos vivos	88123	91116	91683	93377	95346	88721	91760	0,000
	13,8%	14,2%	14,3%	14,6%	14,9%	13,9%	14,3%	
Prestador de serviço de saúde								0,000
Particular	31342	32462	32686	34116	33121	28743	28002	
	35,6%	35,6%	35,7%	36,5%	34,7%	32,4%	30,5%	
Público	56781	58654	58997	59261	62225	59978	63758	
	64,4%	64,4%	64,3%	63,5%	65,3%	67,6%	69,5%	
Idade da mãe (anos)								0,000
10-14	694	714	723	710	683	609	597	
	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	
15-19	13914	14639	14499	14222	14054	12596	12419	
	15,8%	16,1%	15,8%	15,2%	14,7%	14,2%	13,5%	
20-34	60552	61982	62241	63278	64335	59771	61817	
	68,7%	68,0%	67,9%	67,8%	67,5%	67,4%	67,4%	
≥ 35	12963	13780	14220	15167	16274	15745	16927	
	14,7%	15,1%	15,5%	16,2%	17,1%	17,7%	18,4%	
Escolaridade								0,000
Sem escolaridade	165	192	162	119	85	100	87	
	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	
Fundamental I (1 ^a a 4 ^a série)	3137	4367	4586	2977	2410	2196	2219	
	5,5%	4,9%	5,2%	3,2%	2,6%	2,5%	2,4%	
Fundamental II (5 ^a a 8 ^a série)	14058	22238	21076	20310	21165	18292	18007	
	24,5%	25,0%	23,8%	22,2%	22,6%	21,0%	20,3%	
Médio (antigo 2 ^o grau)	24735	40339	40225	44295	45539	43274	44234	
	43,1%	45,4%	45,4%	48,3%	48,6%	49,6%	49,8%	

continua

<i>continuação</i>								
Superior incompleto	3392	5283	5349	5589	5627	5517	6186	
	5,9%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	6,3%	7,0%	
Superior completo	11884	16377	17212	18388	18888	17907	18153	
	20,7%	18,5%	19,4%	20,1%	20,2%	20,5%	20,4%	
Tipo e raça e cor da mãe								0,000
Branca	26733	37847	37213	35993	35603	33092	32965	
	46,8%	42,2%	41,0%	39,0%	38,0%	37,8%	36,7%	
Parda	23842	41067	43296	47009	49007	45541	47259	
	41,7%	45,8%	47,7%	50,8%	52,4%	52,0%	52,7%	
Preta	6355	10446	9785	8829	8611	8532	9296	
	11,1%	11,6%	10,8%	9,6%	9,2%	9,8%	10,4%	
Amarela	204	287	392	434	318	238	206	
	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%	
Indígena	41	54	50	60	50	50	44	
	0,0	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	
Estado civil								0,000
Solteira	54666	54776	55692	58130	60269	56140	57493	
	62,6%	60,9%	61,3%	62,8%	63,7%	63,7%	63,2%	
Casada	26630	28078	28146	28071	28228	27139	28416	
	30,5%	31,2%	31,0%	30,3%	29,8%	30,8%	31,2%	
União estável	4791	5839	5789	5141	4892	3629	3849	
	5,4%	6,5%	6,4%	5,6%	5,2%	4,1%	4,2%	
Viúva	154	135	131	104	120	113	136	
	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	
Separada judicialmente/divorciada	1152	1207	1125	1108	1119	1173	1134	
	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%	
Bairro de residência materna								0,000
Mãe residente no município do RJ	78586	80155	81588	83769	84443	77829	79051	
	99,1%	99,0%	98,9%	98,9	98,8%	98,8%	98,9%	

continua

<i>continuação</i>								
Mãe não residente no município do RJ	751	780	925	964	1025	985	853	
	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	
Número de consultas pré-natal								0,000
Nenhuma	2337	1970	1495	1252	1355	1307	1274	
	2,7%	2,2%	1,7%	1,4%	1,5%	1,5%	1,4%	
de 1 a 3	5550	5036	4798	4567	4464	3777	3518	
	6,6%	5,7%	5,4%	5,0%	4,8%	4,3%	3,9%	
de 4 a 6	20134	19528	18156	17712	17284	14666	13119	
	23,6%	22,0%	20,3%	19,5%	18,5%	16,9%	14,6%	
≥ 7	57280	62143	65064	67296	70276	67330	72176	
	67,1%	70,1%	72,6%	74,1%	75,2%	77,3%	80,1%	
Duração da gestação								0,000
Menos de 22 semanas	54	42	48	41	33	39	22	
	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
22 a 27 semanas	457	558	534	557	567	551	531	
	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	
28 a 31 semanas	1056	1258	1255	1189	1071	1105	1097	
	1,2%	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%	1,2%	1,2%	
32 a 36 semanas	8623	9781	9658	9822	9708	9569	9339	
	9,8%	10,8%	10,6%	10,6%	10,2%	10,8%	10,2%	
37 a 41 semanas	74887	76448	76737	78537	81024	75002	78045	
	85,6%	84,5%	83,9%	84,3%	85,2%	84,7%	85,4%	
≥ 42 semanas	2338	2419	3131	2945	2708	2317	2355	
	2,7%	2,7%	3,4%	3,2%	2,9%	2,6%	2,6%	
Trimestre do início do pré-natal								0,000
1º trimestre (1 a 12 semanas)	37599	59474	63259	67344	71975	68766	72677	
	78,4%	79,3%	79,7%	80,7%	80,6%	82,3%	85,2%	
2º trimestre (13 a 27 semanas)	8793	13311	13924	14129	14989	12986	10958	
	18,3%	17,8%	17,6%	16,9%	16,8%	15,5%	12,9%	

continua

<i>continuação</i>								
3º trimestre (28 a 41 semanas)	1570	2173	2155	1943	2340	1804	1652	
	3,3%	2,9%	2,7%	2,4%	2,6%	2,2%	1,9%	
Paridade								0,000
Única	85796	88793	89279	91057	92904	86463	89333	
	97,5%	97,6%	97,4%	97,5%	97,5%	97,5%	97,4%	
Múltipara	2174	2150	2 329	2209	2369	2198	2325	
	2,5%	2,4%	2,6%	2,5%	2,5%	2,5%	2,6%	
Tipo de apresentação								0,002
Cefálico	51167	81535	82582	83127	88809	83344	86519	
	96,3%	96,1%	96,2%	95,4%	95,6%	95,7%	95,5%	
Pélvica ou podálica	1824	3106	3036	3805	3749	3524	3771	
	3,4%	3,7%	3,5%	4,4%	4,0%	4,0%	4,2%	
Trnsversal	158	165	192	200	353	254	307	
	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	
Trabalho de parto induzido								0,000
Sim	12137	15898	14377	14402	15456	13195	11741	
	23,2%	20,1%	17,5%	16,9%	17,0%	15,3%	13,1%	
Não	40136	63313	67991	70827	75684	73068	77642	
	76,8%	79,9%	82,5%	83,1%	83,0%	84,7%	86,9%	
Nascimento foi assistido por								0,000
Médico	56037	86742	85251	85613	87585	80921	81718	
	96,7%	95,8%	93,2%	91,8%	91,9%	91,3%	89,1%	
Enfermeira/obstetriz	1856	3696	6142	7530	7599	7669	9857	
	3,2%	4,1%	6,7%	8,1%	8,0%	8,6%	10,8%	
Parteira	22	21	17	13	11	11	8	
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Outros	33	78	131	126	100	70	101	
	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	
Tipo de parto								0,000

continua

<i>continuação</i>								
Vaginal	37584	38353	39313	39846	41820	39376	42742	
	42,7%	42,1%	42,9%	42,7%	43,9%	44,4%	46,6%	
Cesáreo	50492	52670	52339	53518	53512	49344	49002	
	57,3%	57,9%	57,1%	57,3%	56,1%	55,6%	53,4%	
Sexo do recém-nascido								0,905
Masculino	45139	46611	46801	47847	48660	45499	46922	
	51,2%	51,2%	51,0%	51,2%	51,0%	51,3%	51,1%	
Feminino	42984	44505	44882	45530	46686	43222	44838	
	42984	44505	44882	45530	46686	43222	44838	
	48,8%	48,8%	49,0%	48,8%	49,0%	48,7%	48,9%	
Baixo peso ao nascer								0,029
Baixo peso (<2500g)	8653	8943	8872	9018	9221	8554	8650	
	9,8%	9,8%	9,7%	9,7%	9,7%	9,6%	9,4%	
Peso adequado (≥ 2500g)	79363	82035	82716	84293	86046	80092	83002	
	90,2%	90,2%	90,3%	90,3%	90,3%	90,4%	90,6%	
Prematuridade								0,000
<37 semanas	10190	11639	11495	11609	11379	11264	10989	
	11,7%	12,9%	12,6%	12,5%	12,0%	12,7%	12,0%	
≥37 semanas	77225	78867	79868	81482	83732	77319	80400	
	88,3%	87,1%	87,4%	87,5%	88,0%	87,3%	88,0%	
APGAR 1								
0 a 2 (asfixia grave)	756	757	676	677	685	569	607	
	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	
3 a 4 (asfixia moderada)	1647	1642	1615	1604	1617	1420	1480	
	1,9%	1,8%	1,8%	1,7%	1,7%	1,6%	1,6%	
5 a 7 (asfixia leve)	10161	10423	10073	10114	10806	9501	9735	
	11,6%	11,5%	11,1%	10,9%	11,4%	10,8%	10,7%	
8 a 10 (sem asfixia)	75148	77822	78677	80213	81474	76548	79044	0,000
	85,7%	85,9%	86,4%	86,7%	86,2%	86,9%	87,0%	

continua

<i>continuação</i>							
APGAR 5							0,000
0 a 2 (asfixia grave)	173	220	155	158	142	173	149
	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%
3 a 4 (asfixia moderada)	251	252	198	211	207	186	228
	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
5 a 7 (asfixia leve)	2205	2131	2.108	2086	2098	1896	1925
	2,5%	2,4%	2,3%	2,2%	2,2%	2,1%	2,1%
8 a 10 (sem asfixia)	85301	88295	88.920	90547	92545	86150	89000
	97,0%	97,1%	97,3%	97,4%	97,5%	97,5%	97,5%
Anomalia identificada							0,000
Sim	932	890	876	871	889	946	765
	1,1%	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	1,1%	0,8%
Não	83234	87362	89530	91720	92905	87488	90265
	98,9%	99,9%	99,0%	99,1%	99,1%	98,9%	98,2%

*Escolaridade classificada segundo os critérios modificados em 2010. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

APÊNDICE 3

Tabela 7. Avaliação da qualidade das publicações.

Autores e ano de publicações	DOI ou Link	Ano de nascimento										Pontuação final	Qualidade*
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Braga, 1937	https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200017	1	0	1	0	0,5	0,5	0,5	1	0	1	5,5	Média
Fontenelle, 1938	https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16042010-091406/publico/tese8.pdf	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	5,0	Média
Goffi, 1948	https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6,0	Média
Santos Filho, 1955	https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100004	1	0,5	0	0	1	1	0,5	1	0	0	5,0	Média
Yunes, 1969	https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1969.v3n1/41-50/pt	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6,0	Média
Carvalho, 1978	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17416/v85n3p239.pdf?sequence=1&isAllowed=y	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Almeida, 1979	https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1979.v13n3/208-219/pt	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	6,0	Média
Goffi, 1979	https://doi.org/10.1590/S0102-311X1985000400006	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0	0,5	8,0	Alta
Siqueira et al., 1981	https://www.scielo.br/pdf/rsp/v15n3/05.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Yaslle Rocha et al., 1985	https://www.scielosp.org/artic/csp/1985.v1n4/457-466/	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta

continua

<i>continuação</i>														
D'Oleo, Fávero, 1992	https://www.scielo.br/pdf/rsp/v26n4/07.pdf	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6,0	Média
Portela, 1989	https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1989.v23n6/493-501/pt	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7,0	Média	
Tanaka et al., 1989	https://doi.org/10.1590/S0034-89101989000100009	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta	
Bettiol et., 1990	https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000100002&script=sci_arttext	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8,0	Alta	
Gomes et al., 1990	http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100002	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8,0	Alta	
Lofredo, Simões, 1990	http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000100012	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta	
Mello Jorge et al., 1993	https://doi.org/10.1590/S0034-89101993000700001	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta	
Rodrigues et al., 1997	https://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0222.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta	
Mello Jorge et al., 1997	https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000100011	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta	
Bettiol et al., 1998	https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000100003	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10,0	Alta	
Campos, Carvalho, 2000	https://www.scielosp.org/artic le/csp/2000.v16n2/411-420/	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10,0	Alta	
Silva, 2006	http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5186/3354	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0	1	8,5	Alta	
Yazlle et al., 2001	http://www.mp.go.gov.br/port alweb/hp/2/docs/incidencia_c esareas.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta	

contiuua

continuação

Silva et al., 1997	http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731997000200005	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10,0	Alta
Santos et al., 2001	https://www.scielo.br/pdf/reben/v54n3/v54n3a15.pdf	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	7,0	Média
Maia, 1997	http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000700006	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Azevedo et al., 2002	https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000300006	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Helena, Wisbeck, 1998	http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000300004	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Nascimento, Goltlieb, 2001	http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732001000300002	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Silva et al., 2001	http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000600003	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Franceschini, 2008	https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/AMSA-7PCNJG	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Silva et al., 2009	https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/12.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Silva, Barros, 2004	https://acta-ape.org/article/perfil-do-peso-ao-nascer-no-municipio-de-presidente-prudente-sao-paulo-de-1998-a-2001/	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Leal et al., 2004	http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700003	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10,0	Alta
Carniel et al., 2006	http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400009	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Friche et al., 2006	http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900027	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta

continua

continuação

Mascarenhas et al., 2006	https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30914.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Kilsztain et al., 2007	https://doi.org/10.1590/S0102-311X200700080001	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Oliveira et al., 2007	http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5273/3883	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Queiroz et al., 2005	https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600011	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8,0	Alta
Mascarello et al., 2018	https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21/1980-5497-rbepid-21-e180010.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Barros et al., 2006	https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/07.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Hau et al., 2009	cielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000400003&script=sci_abstract&tlng=pt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Knupp et al., 2008	https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a06.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Lima et al., 2012	https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a05v65n4.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Morcillo et al., 2010	https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822010000300003&script=sci_arttext	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10,0	Alta

continua

continuação

Gurgel et al., 2009	https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000200006&script=sci_arttext&tlng=pt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10,0	Alta
Noronha et al., 2012	http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300007	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Melo, Mathias, 2010	https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17864/11656	1	1	1	0,5	1	1	1	0	0,5	1	8,0	Alta
Santos et al., 2009	https://www.scielo.br/pdf/rbg/v31n7/v31n7a02.pdf	1	1	1	0,5	1	1	1	0	0,5	0,5	7,5	Média
Gabani et al., 2010	http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6903/6067	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0,5	9,0	Alta
Pereira Junior, Henriques, 2010	http://rmmg.org/artigo/detalhes/331	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Cesar et al., 2011	https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300006	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Motta et al., 2011	http://rbm.org.br/details/199/pt-BR/o-perfil-da-natalidade-no-distrito-federal-em-2008	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Rodrigues, Zagonel, 2010	https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a15.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0,5	9,0	Alta
Rozario et al., 2013	https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a07v13n2.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Padilha et al., 2013	https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/6304/pdf_1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8,0	Alta
Cavalcanti, 2012	https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28222?locale=es	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta

continua

continuação

Teixeira et al., 2017	file:///C:/Users/Renata/Downloads/19568-Texto%20do%20artigo-55795-1-10-20180418%20(1).pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Padilha et al., 2013	https://periodicos.ufsm.br/revistas/revista-saude/article/view/6304/pdf_1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Santana et al., 2010	file:///C:/Users/Renata/Downloads/782-2613-1-PB%20(2).pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Cravo, Oliveira, 2012	https://periodicos.set.edu.br/index.php/ideiaseinovacao/article/view/282	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Carvalho et al., 2014	file:///C:/Users/Renata/Downloads/10131-19967-1-PB%20(5).pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0	8,5	Alta
Cella, Marinho, 2017	https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5897	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Rego, Matão, 2016	http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2611	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Oliveira, Carniel, 2013	http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/183	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Paes, Soler, 2019	file:///C:/Users/Renata/Downloads/2814-17836-1-PB%20(3).pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta

continua

<i>continuação</i>														
Mattei, Carreno, 2017	https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000300527&script=sci_abstract&tlng=pt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta
Freitas, Vieira, 2019	https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/viewFile/2736/1045	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta	
Rodrigues, 2012	https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106722	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta	
Correio et al., 2016	https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1037/pdf_1037	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta	
Ribeiro et al., 2018	file:///C:/Users/Renata/Downloads/6897-25112-2-PB%20(4).pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta	
Ferreira et al., 2018	file:///C:/Users/Renata/Downloads/2550-10603-1-PB%20(4).pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta	
Bonilha et al., 2015	https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_11.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta	
Amari, 2018	https://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2550	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8,0	Alta	
Paes, Soler, 2017	https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/viewFile/996/2008	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta	

continua

<i>continuação</i>														
Sousa et al., 2017	file:///C:/Users/Renata/Downloads/349-1322-1-PB%20(4).pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Santos et al., 2017	http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2046/1638	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Silva, 2018	file:///C:/Users/Renata/Downloads/TCR_M%C3%B4nica%20Borba%20da%20Silva%20(1).pdf	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0,5	7,5	Média
Ávila et al., 2019	http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoeinsaude/article/view/3684/2599	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	9,5	Alta
Silva et al., 2018	https://www.researchgate.net/publication/326444488_Vias_de_nascimento_um_estudo_sobre_a_distribuicao_do_parto_na_4_regional_de_saude_d_e_Imperatriz-MA	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0,5	7,5	Média
Santos et al., 2019	https://www.faculdadeages.com.br/uniages/wp-content/uploads/2019/07/p.-47-51.pdf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	8,5	Alta
Dantas, Costa, 2019	https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/2462?show=full	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0,5	7,5	Média
Minosso, Toso, 2019	http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/31340	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8,0	Alta

continua

continuação

Oliveira et al., 2020	https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/2555/1502	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8,0	Alta
Saleh et al., 2019	http://www.acm.org.br/acm/peer/index.php/arquivos/article/view/604/391	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8,0	Alta
Silva et al., 2020	http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/183	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9,0	Alta

* Avaliação da qualidade das publicações de acordo com Munn et al., 2014: alta (8 a 10 pontos), média (5 a 7,5) e baixa (0 a 4,5).

ANEXO 1

Plataforma IFF

gestao.pesquisa@iff.fiocruz.br	seg., 4e de maio de 2020
Nova atividade Ajustar Documentação criada.	
Data de Criação: 04/05/2020 16:31:10	
Número do Projeto/Processo: 1503	
Definição do Processo: Projeto de Pesquisa	
Atividade: Ajustar Documentação	

Nº do registro	Orientador	Nome do aluno	Projeto	Ano de início	Ano fim	Tipo de cadastro
2339/VDP/2020	Ilce Ferreira da Silva	Renata dos Santos Lourenço	Perfil Epidemiológico dos nascimentos no município do Rio de Janeiro: um estudo de base populacional	2018	2020b	Dissertação de mestrado

ANEXO 2

Submissão do artigo científico

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br> 5 de mai. de 2020
13:31 (há 4 dias)

Prezado(a) Dr(a). Renata dos Santos Lourenço:

Confirmamos a submissão do seu artigo "A evolução dos locais de nascimentos e tipos de parto no Brasil: uma Revisão Integrativa da Literatura." (CSP_1114/20) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Claudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras

ANEXO 3

Formulário de Declaração do Nascido Vivo

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo		
I	1 Nome do Recém-nascido			
	Data e hora do nascimento		3 Sexo	
	2 Data	Hora	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino	
II	4 Peso ao nascer		5 Índice de Apgar	
	em gramas		1º minuto	5º minuto
	6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita			
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado				
Local da ocorrência	7 Local da ocorrência		8 Estabelecimento	
	1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	9 Ignorado	
	2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Outros		
9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 10 CEP				
11 Bairro/Distrito		Código	12 Município de ocorrência	
Código		Código		
III	14 Nome da Mãe			15 Cartão SUS
	16 Escolaridade (última série concluída)		17 Ocupação habitual	
	Nível		(Informar anterior, se aposentada/desempregada) Código C	
	0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade		3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	
	1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série)		4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto	
	2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série)		5 <input type="checkbox"/> Superior completo	
18 Data nascimento da Mãe		19 Idade (anos)		20 Naturalidade da Mãe
				Município / UF (se estrangeiro informar País)
Residência da Mãe		21 Situação conjugal		22 Raça /
23 Logradouro		Número Complemento 24 CEP		1 <input type="checkbox"/> Branca
25 Bairro/Distrito		Código		2 <input type="checkbox"/> Preta
Código		26 Município		3 <input type="checkbox"/> Amarela
Código		Código		
IV	28 Nome do Pai			
	29			
V	Gestações anteriores			
	30 Histórico gestacional			
	■ Nº gestações anteriores ■ Nº de partos vaginais ■ Nº de cesáreas ■ Nº de nascidos vivos ■ Nº de perdas feto-abortos			
	Gestação atual		Parto	
Idade Gestacional		36 Apresentação		
31 Data da Última Menstruação (DUM)		1 <input type="checkbox"/> Cefálica		
32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada		2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica		
Método utilizado para estimar		37 O Trabalho de parto foi induzido?		
1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Ultrassom 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim		
33 Número de consultas de pré-natal		2 <input type="checkbox"/> Não		
34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal		38 Tipo de parto		
35 Tipo de gravidez		1 <input type="checkbox"/> Vaginal		
1 <input type="checkbox"/> Única		2 <input type="checkbox"/> Cesáreo		
2 <input type="checkbox"/> Dupla		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais		39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?		
9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim		
		2 <input type="checkbox"/> Não		
		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
VI	41 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênitos observados			
VII	42 Data do preenchimento		43 Nome do responsável pelo preenchimento	
	44 Função		47 Orgão emissor	
1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Parteiro		4 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)		
45 Tipo documento		48 Nº do documento		
1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF				
VIII	46 Cartório		49 Registro	
	Código		50 Data	
	51 Município			

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro.

Versão 01/10 - 1ª Impressão 01/2010