

The logo for RUEP (Revista UNILUS Ensino e Pesquisa) features the lowercase letters 'ruep' in a white, bold, sans-serif font, centered within a solid black square.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
v. 17, n. 49, out./dez. 2020
ISSN 2318-2083 (eletrônico)

VIVIAN CELIN PIASSI

Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

ANA FREITAS RIBEIRO

Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

*Recebido em dezembro de 2020.
Aprovado em dezembro de 2020.*

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP, ENTRE OS ANOS DE 2004 A 2012

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo/SP, no período de 2004 a 2012. **Métodos:** Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com abordagem descritiva foram utilizados dados secundários, registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e disponibilizados no site da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo. **Resultados:** No perfil da mãe, as proporções estavam em uma pontuação de boa para ótima, se comparadas com padrões brasileiros e definidos pela Organização Mundial da Saúde. **Conclusões:** O perfil epidemiológico das mães e recém-nascidos, juntamente com a análise dos resultados da implantação de um programa específico, fortalecem a continuidade e a busca pela melhoria da qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Palavras-Chave: planejamento de saúde pública; perfil epidemiológico; nascimento vivo; sistemas de informação em saúde; saúde materno-infantil; humanização do parto.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF LIVE BORN IN THE CITY OF SAO PAULO, SP, BRAZIL BETWEEN 2004 AND 2012

ABSTRACT

Aims: To describe the epidemiological profile of live births in the city of Sao Paulo / SP - Brazil, from 2004 to 2012. **Methods:** This was a descriptive, retrospective, epidemiological study with a descriptive approach, using secondary data, registered in the Information System on Live Births (SINASC) and available on the website of the Municipal Health Service of the Sao Paulo city. **Results:** In the mother's profile, the proportions were in a good to excellent score, when compared to Brazilian standards and defined by the World Health Organization. **Conclusions:** The epidemiological profile of mothers and newborns, together with the analysis of the results of the implementation of a specific program, strengthen continuity and the search for quality improvement in prenatal, childbirth and postpartum care.

Keywords: public health planning; epidemiological profile; live birth; health information systems; maternal and child health; humanization of childbirth.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150
Boqueirão - Santos - São Paulo
11050-071
<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>
revista.unilus@lusiada.br
Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), nos Estados e Municípios, os dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) apoiam ações no contexto da saúde da mulher e da criança, para tomada de decisões em todos os níveis do sistema, pois os dados tornam transparentes as prioridades de assistência. Subsidiaram ações de atenção à gestante e ao recém-nascido (RN), propiciando a organização do perfil epidemiológico dos nascimentos (BRASIL, 2017).

No município de São Paulo/SP, o processo de implantação do SINASC iniciou-se no ano de 1999, e em 2004, a coleta de dados e o fluxo do SINASC foram regulamentados pela Portaria SMS.G nº 325. O município de São Paulo é a capital do estado São Paulo e, atualmente, possui uma população estimada em 45.919.049 pessoas em 2019 (IBGE, 2020).

A meta global para controlar a mortalidade materna de causa evitável (meta 3.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS) é reduzir a proporção de mortalidade materna global (MMR) para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030. A meta dos ODS (3.2) para redução das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos é reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e mortalidade com menos de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos-vivos.

Todavia a realidade brasileira mostra que são registradas falhas na assistência pré-natal, tais como: dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nascido (NUNES et al., 2017).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo/SP, no período de 2004 a 2012, a partir dos dados obtidos no SINASC/DATASUS da Prefeitura do Município de São Paulo.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com abordagem descritiva. A pesquisa utilizou dados secundários, registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e disponibilizados no site da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, no intervalo de 2004 a 2012. Foram analisados um total de dados referentes à 1.555.545 de recém-nascidos de mães residentes nesse município.

Os dados das mães e dos nascidos vivos nos anos de 2004 a 2012 foram coletados a partir do aplicativo desenvolvido pelo DATASUS, chamado TABNET - Informações de Saúde - Tabulações Online, hospedado no Site da Prefeitura Municipal de São Paulo, na página da CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria de Saúde do município de São Paulo. As variáveis foram coletadas segundo CRS (Coordenadoria Regional de Saúde) da residência da mãe.

RESULTADOS

No período estudado foram analisados dados referentes a 1.555.545 de recém-nascidos de mães residentes nesse município. Quanto ao local de ocorrência dos nascimentos, este foi predominantemente o ambiente hospitalar. O que equivale dizer que a média foi de que 99,45% das mães tiveram acesso à atenção hospitalar no momento do parto. Observando a diferença entre o ano de 2012 e 2004, vimos um aumento progressivo dos nascimentos em ambiente hospitalar com aumento de 0,58%. Os nascimentos em domicílio

são em pequena quantidade, entretanto houve aumento significativo em 2012, com crescimento de 62,86%, com relação ao ano de 2004. Já o nascimento em outro estabelecimento de saúde apresentou diferença negativa de -43,14%, comparado com os nascimentos de 2004.

A faixa etária materna predominante é a de 25 a 29 anos, contribuindo para uma média de 25,68%, entre o total de nascidos vivos de cada ano, de 2004 a 2012. A faixa etária de 20 a 24 anos das mães representou um percentual médio de 24,34% e na faixa de 30 a 34 anos, percentual médio de 21,48%, no período estudado. As mães com a faixa etária de 15 a 19 anos apresentaram proporção média de 13,46%, de 2004 a 2012, Ou seja, isso quer dizer que as mães que geraram mais nascidos vivos, com uma média crescente nos anos de 2004 a 2012, estavam entre as faixas etárias de 25 a 29 anos, 20 e 24 anos, 30 a 34 anos e 15 a 19 anos, respectivamente. As demais faixas etárias não apresentaram uma média proporcional de crescimento considerável, mantendo-se mais estáveis. Com relação a diferença (%), comparando os anos de 2012 e 2004, os resultados podem ser positivos ou negativos, quando há redução de valores. Nesse caso, o número de mães de nascidos vivos, residentes no município de São Paulo, com a faixa etária de 45 anos e +, cresceu 44,96%. As mães com a faixa etária de 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, e 30 a 34 anos, respectivamente, tiveram uma diferença (%) positiva, de 24,63%, 23,98% e 18,12%. As mães com a faixa etária de 20 a 24 anos, de 15 a 19 anos, e 25 a 29 anos, apresentaram, diferença negativa de -15,04%, -9,18%, e -3,62%.

Quanto ao grau de escolaridade da mãe, 55,47% das mães estudaram entre 8 a 11 anos, ou seja, elas possuem no mínimo o Ensino Médio completo. Com 22,12% vem as mães com a escolaridade acima de 12 anos e mais, e mães com curso superior completo ou incompleto. O percentual de mãe com nenhum ensino e com o primário se manteve entre os 0,46% e 2,84%, respectivamente. Analisando ao longo dos anos, houve uma queda significativa das mães com baixa escolaridade. Houve uma queda de 76,69%, de mães com nenhuma escolaridade, -71,85% para mães com o primário e -51,15% com o ensino fundamental incompleto. Já para mães com ensino completo e superior completo, houve um aumento de 30,85 e 31,11.

Quanto ao número de consultas no pré-natal, predomina as mães que realizaram 7 consultas e + de pré-natal, com uma média de 73,49%, 20,61% entre 4 a 6 consultas de pré-natal. 4,54% das mães fizeram apenas 1 a 3 consultas e 1,36% não realizam o pré-natal. Houve uma queda -22,94% na proporção de mães que não fizeram consulta no pré-natal, e uma redução de -22,03% para aquelas fizeram 4 a 6 consultas de pré-natal e -9,38% de 1 a 3 consultas. Entretanto, o número de mães que fizeram 7 consultas e + aumentou 14,57% ao longo dos anos de 2004 a 2012.

O período gestacional predominante é de 37 a 41 semanas, o que equivale que 89,90% dos nascimentos. Depois vem o período de 32 a 36 semanas com 7,84%, 28 a 31 semanas, com média 0,90%. A gestação de 42 semanas e + tem média de 0,81%, 22 a 27 semanas média de 0,51% e < 22 semanas, com média de 0,04%. Em análise da diferença ao longo dos anos, o período de 37 a 41 semanas houve uma queda de -4,57% no número de nascimentos dentro desse período gestacional. Já para o período de < de 22 semanas houve um aumento de 218,18% no número de nascimentos. Esse intervalo é caracterizado como prematuridade. No intervalo de 42 semanas e +, houve um aumento de 209,58% no número de nascimentos. No período de 32 a 36 semanas, houve um aumento de 49,11%, crescimento também observado entre 28 a 31 semanas (20,42%) e entre 22 a 27 semanas (11,88%).

Com relação ao tipo de parto, o parto cesáreo acontece em maior quantidade que o parto vaginal. O parto cesáreo ocorreu em uma média de 52,55% e o parto vaginal com uma média de 47,45%. Em 2012 o parto cesáreo aumentou 10,53% e o parto vaginal diminuiu -9,00%, com relação ao ano de 2004.

Quanto ao sexo dos nascidos vivos, houve mais nascimentos de crianças do sexo masculino, com 51,20% do total do que do sexo feminino, com 48,80%. A análise mostrou

aumento para ambos os sexos, de crescimento de 1,55% no sexo feminino e de 1,02% no sexo masculino.

Foram observados os dados de Peso ao Nascer, onde 86,64% dos recém-nascidos, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), nasceram com peso adequado, ou seja, entre os 2.500g a 3999g. 9,5% tiveram baixo peso ao nascer. Enquanto 3,87% nasceram com mais de 400g e +. Em análise temporal, houve uma queda -3,84% no peso de 2500g a 2999g e um aumento significativo (7,80%) de recém-nascidos com 1500g a 1999g. Houve um crescimento também de recém-nascidos com peso acima de 400g e +. É importante notar que a proporção de recém-nascidos que nasceram com menos de 500g aumentou em 185,71%.

Em relação ao teste de Apgar no 1º minuto (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), observou-se que 86,71% dos recém-nascidos alcançaram no 1º minuto a pontuação de ≥ 8 que, de acordo com o boletim de Apgar, significa sem aparente dano neurológico/asfixia perinatal. Os níveis de 0 a 3 de Apgar, tiveram queda de -29,15% e os índices de 4 a 7 mostrou redução de -20,43%.

Ainda em relação ao teste de Apgar, todavia no 5º minuto (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), observou-se que 97,74% dos recém-nascidos alcançaram no 5º minuto a pontuação de ≥ 8 que, de acordo com o boletim de Apgar, significa sem aparente dano neurológico/asfixia perinatal. Os níveis de 4 a 7 de Apgar apresentaram queda de -21,14% e os níveis de 0 a 3 de -10,31%.

Quanto à ocorrência de anomalias e/ou defeito congênito foi possível observar que 98,90% dos recém-nascidos não apresentaram defeitos congênitos ao nascer. E ainda ao longo dos anos essa característica se manteve em crescimento, 13,3%. Mas em contrapartida, também houve

Em relação à ocorrência dos nascidos vivos, a maior parte dos nascimentos ocorreu no ambiente hospitalar. Em média 99,63% dos nascimentos ocorreram em hospitais cujas mães eram residentes na região Norte. Os nascimentos de mães residentes na região Oeste tiveram um aumento médio de 4,69%. A região Central teve uma queda nos valores de em média -5,24% nos nascimentos das mães residentes naquela região.

Sobre as consultas no pré-natal, realizados pelas gestantes residentes nas coordenadorias de saúde do município, retratou que a média mais alta foi de 2,02% na região central, e que as gestantes residentes em todas as regiões aumentaram suas consultas de pré-natal, o que pode ser observado com mais evidência nas coordenadorias da região central e sul do município, com uma média onde os valores diminuíram -48,15% e -37,92%, respectivamente. Os resultados observados na tabela 20 retrataram um aumento no número de consultas ao pré-natal em todas as coordenadorias, com uma média de 81,46%, na coordenadoria Oeste, em destaque.

Na avaliação do Peso ao Nascer, mostrou que os recém-nascidos que nasceram com os pesos nos intervalos de <500g, entre 500g a 999g, de 1000g a 1499g, 1500 a 1999g, ocorreram, porém com médias bem baixas, que variam entre 0,09%, na coordenadoria do Centro; 0,68% na coordenadoria Sudeste, 1,03% na coordenadoria Sudeste, 2,13% nas regiões Oeste e Sudeste, respectivamente. Já com relação aos pesos dos recém-nascidos que variaram entre 2000g a 2499g, 2500g a 2999g, 3000g a 3499g, 3500 a 3999g e 4000g e +, as proporções médias aumentaram, sendo 7,20% na região sudeste; 29,64% na região sudeste; 49,53% na região sudeste; 22,99% também na região sudeste; e para finalizar, entre o peso de 4000g e +, uma média de 4,35% na região sudeste, respectivamente.

Sobre as médias de ocorrências do Tipo de Parto, com relação ao parto vaginal, a média de ocorrência foi de 53,88% na região leste; e houve uma diminuição de 18,19% neste tipo de parto o na coordenadoria do centro. Com relação ao parto cesáreo, foi observado que a maior ocorrência foi com média de 63,38% na região oeste, seguido de 59,11% na região sudeste. As ocorrências desse tipo de parto aumentaram 17,67% na região leste, no período de 2004 a 2012.

DISCUSSÃO

Podemos considerar que no perfil da mãe as proporções estavam em uma pontuação de boa para ótima, se comparadas com padrões brasileiros e definidos pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Entretanto, é possível o aperfeiçoamento de alguns indicadores, mesmo quando os índices estão em patamares aceitáveis. Os pontos positivos em destaque são o número de consultas entre 7 ou mais, que estavam com índices acima de 70%; mais de 50% das mães tinham o Ensino Médio Completo; mais de 80% dos recém-nascidos estavam na faixa de idade gestacional correta, entre 37 a 41 semanas. Em resumo, quanto maiores são as proporções, principalmente de adesão pela gestante no acompanhamento das consultas, e de maiores idades gestacionais, maiores serão as probabilidades de o recém-nascido ser saudável e com menos risco de prematuridade, e de a puerpera ter uma boa recuperação.

Em observação, não vamos considerar pontos negativos, mas sim pontos de melhorias fundamentais, dos quais podemos destacar: melhorar a conscientização das crianças sobre a gravidez precoce e seus riscos - na pesquisa, 15% das mães ainda eram crianças e adolescentes, na faixa etária de menor ou igual a 15 anos e menor ou igual a 18 anos; e diminuir a média de parto cesáreo e aumentar a de parto vaginal, principalmente na rede de instituições atendidas pelo SUS - como citado, o percentual de partos cesáreos ultrapassa o preconizado de valor máximo de 15%, somando índices acima dos 50%. Conforme Silveira et al. (2008), quanto a análise de estudos de morbimortalidades materna e perinatal brasileiros, a prematuridade figura como a principal causa relacionada, que na maioria dos casos está referida com a pouca idade e baixa escolaridade da gestante.

Foi observado que no município de São Paulo 99,45% dos nascimentos ocorreram em ambiente hospitalar. No município de Belo Horizonte (MG), a proporção de nascimentos em ambiente hospitalar foi de 99,6%. No município de Chapecó (SC), mais de 99% dos partos foram hospitalares. No Brasil, 80% das gestantes tiveram parto hospitalar. Essa alta proporção corrobora o exposto em Ferreira et al. (2018), que no Brasil a assistência obstétrica é predominantemente hospitalizada e medicalizada. Nesse sentido, como apontam Puccini et al. (2004) para as políticas públicas e a gestão de recursos financeiros, o parto vaginal é o mais econômico. Assim, o parto cesáreo deve ocorrer somente quando há indicação pelo risco na gestação, tanto para a gestante quanto para o bebê.

Enfatizando a análise por faixa etária das mães residentes no município de São Paulo, a proporção predominante foi de 25,68% entre 25 a 29 anos. É importante salientar que existem mães adolescentes na faixa etária que pressupõe uma gestação de maior risco. No município de Belo Horizonte (MG), as gestantes adolescentes representaram 14,5%. Houve um predomínio das mães com 20 a 34 anos, com 71,5%. No município de Chapecó (SC), 26% das gestantes tinham idade entre 25 a 29 anos, e 15% entre 15 a 19 anos. Ainda se observa que 14,2% das gestantes apresentavam de 35 a 45 anos ou mais. Esses dados ratificam o exposto em Correio et al. (2016), que no Brasil esse perfil etário de 25 a 29 anos tem se mantido nas características das gestantes.

Quanto à avaliação do perfil dos nascidos vivos, este estudo concluiu que os valores médios, também em geral, partiram de uma pontuação entre boa para ótima, mas que a proporção de peso ao nascer ainda precisa ser melhorada, pois o peso de nascimento é um forte fator preditivo da mortalidade e morbidade perinatal. Crianças com baixo peso ao nascer, ou seja, com menos de 2500 g, apresentam maior mortalidade nas primeiras semanas de vida. O baixo peso ao nascer pode ser em função da prematuridade, da restrição de crescimento intrauterino ou de uma combinação de ambos, os quais apresentam etiologias e consequências distintas. Os índices de Apgar, tanto de 1º minuto quanto de 5º minuto, estão com valores de níveis considerados ótimos segundo a OMS e de acordo com o que as Sociedades Brasileiras de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria preconizam. Claro que, assim como outros, esse índice ainda precisa melhorar, pois há relação direta com

diminuição nas internações nas UTIs neonatais e nas UTIs maternas, resultando em benefícios de economia para a administração hospitalar pública e a melhoria nos índices de mortalidade materna e infantil.

Com relação ao perfil das mães, avaliou-se o local de ocorrência do parto, o número de consultas no pré-natal e o tipo de parto, e com relação ao perfil do nascido vivo, o peso ao nascer. Em ambos os perfis, as variáveis foram comparadas principalmente por coordenadoria de saúde, nos intervalos de 2004 a 2006, antes do Programa Mãe Paulistana, e de 2007 a 2012, após o programa. Notou-se que, no geral, para cada variável ocorreu um crescente do número de nascimentos com relação aos cuidados mínimos, que garantiram boas condições de pré-natal, parto e puerpério das mães residentes no município de São Paulo, principalmente com a atenção voltada pelas coordenadorias. Quanto ao local de ocorrência, a CRS Norte destaca-se com 99,63% de partos hospitalares. Após a implantação do Programa Mãe Paulistana, em 2006, houve uma diminuição de partos hospitalares na CRS Centro e um crescimento no número de partos em domicílio, principalmente nas CRS Centro e Norte.

Na variável de consulta pré-natal, cujas mães residentes não realizaram nenhuma consulta os valores comparados de 2004 a 2012 diminuíram o que foi positivo, estando em destaque as coordenadorias do Centro, Norte e Sudeste, que no intervalo de 2009 a 2012 tiveram um aumento da aderência das mães na realização de mais de uma consulta no pré-natal. Se observada a variável de 7 consultas ou mais, os valores dos nascimentos com relação a 2004 aumentaram, somente em destaque a região Norte onde houve uma pequena diminuição dos seus valores. Mereceram destaque, ao que é preconizado pela OMS, cujo ideal é que a gestante realize de 6 a mais consultas de pré-natal, as coordenadorias Leste, Sudeste e Sul. Porém, em 2012, todas as coordenadorias tiveram uma diminuição dos seus valores de número de consultas realizadas pelas gestantes. A coordenadoria Oeste teve uma média de 81,46% de adesão das residentes gestantes, antes e após o Mãe Paulistana, na realização de 7 consultas ou mais.

Outra variável que foi analisada nos períodos de 2004 a 2006, antes do programa Mãe Paulistana, e de 2007 a 2012, após a implantação do programa, foi o peso ao nascer. Em todas as coordenadorias de saúde houve um aumento dos nascidos vivos com peso menor que 500g, apesar de a média ter sido insignificante, com um valor de 0,09% na coordenadoria do Centro. Para os recém-nascidos com peso entre 2500g a 2999g observou-se uma crescente estável nos valores dos nascimentos antes e após o Programa Mãe Paulistana. A maior média de todas as coordenadorias, 29,64%, foi na coordenadoria Sudeste. Quanto aos nascimentos com peso normal, de 3000g a 4000g, as coordenadorias Leste, Sudeste e Sul tiveram, após a implantação do Programa Mãe Paulistana, uma crescente de recém-nascidos com esse peso.

No computo do tipo de parto, o parto vaginal representou uma média de 53,88% dos nascimentos. Sobre os dados das coordenadorias, mesmo após a implantação do Programa Mãe Paulistana, esses não aumentaram. Ao contrário, foi notado que os dados diminuíram. A maior diferença com a diminuição dos nascimentos desse tipo foi de 18,19% na coordenadoria do Centro. Os partos cesáreos após a implantação do Programa Mãe Paulistanos tiveram seus dados crescentes nas coordenadorias Oeste, Sudeste e Sul. Onde ocorreu a maioria dos nascimentos por cesárea foi na coordenadoria Leste, com uma média de 63,38%.

Avaliando de forma global a assistência pré-natal no Brasil, observa-se que, em termos numéricos, a situação não é ruim, mas a efetividade dessa assistência, reflexo de sua qualidade, ainda é ineficaz. Em algumas comunidades, a oferta de pré-natal possibilita cobertura de 95% das grávidas; no entanto, as morbimortalidades materna e perinatal permanecem elevadas, revelando fragilidades qualitativas desse atendimento. Nunes et al. (2017) apontam que um dos parâmetros pelos quais se avalia a qualidade desse atendimento é a proporção de mortalidade fetal e de sífilis congênita de determinada comunidade, indicando o porquê, mesmo nas comunidades em que há grande oferta numérica de consultas pré-natais, coexistem altas proporções de morbimortalidades

Viellas et al. (2014), na pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em 2011 e 2012, sobre assistência pré-natal no Brasil, mostraram em seus resultados uma alta cobertura da assistência pré-natal no Brasil, os resultados mostram cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%) tendo 75,8% das mulheres iniciado o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. O pré-natal foi realizado, sobretudo, em unidades básicas (89,6%), públicas (74,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%), e 96% receberam o cartão de pré-natal. Um quarto das gestantes foi considerado de risco. Do total das entrevistadas, apenas 58,7% foram orientadas sobre a maternidade de referência, e 16,2% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto.

Segundo Castro (2015), a hospitalização do parto no Brasil ocorreu fortemente após os anos de 1930, quando não somente as mulheres solteiras e as de baixa renda e sem apoio social, mas também as mulheres de classe média e alta foram convencidas da importância da realização do parto em um hospital. Esse local então passou a ser considerado ideal para o parto. Dados brasileiros apontam que, até 2015, 98% dos partos ainda ocorrem em hospitais. Isso se deve ao fato da universalização de políticas públicas de saúde que privilegiaram a saúde materno-infantil e garantiram o acesso à assistência hospitalar para mulheres de diferentes extratos sociais.

No município de São Paulo, as Políticas Públicas foram se fortalecendo ao longo dos anos. No período de 2006 a 2012, e atualmente, os esforços voltados para atenção à mulher, à gestante e à puérpera são cada vez mais evidentes. O Ministério da Saúde vem concretizando essas políticas de atenção com o SUS há muitos anos, melhorando as estruturas de atenção básica a hospitais especializados para o parto. Entre os anos de 2004 a 2012, no município de São Paulo, as proporções de cesáreas foram em média de 52,55%, e as proporções de parto vaginal foram de 47,45%. Anteriormente a esse período, em 1998, a prefeitura de São Paulo já criava a sua Casa de Parto, onde já ocorriam os partos naturais. A Casa do Parto de Sapopemba, pertencente ao SUS, em 2016 completou 18 anos. Essa casa de parto faz parte hoje do Programa Mãe Paulistana, da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo - projeto que se iniciou em 2006, e que, em 2015, contava com mais de um milhão de mulheres inscritas, atendendo em 37 hospitais (públicos e privados) e em 472 unidades de atenção básica à saúde.

Os índices de parto vaginal não se distanciaram tanto dos índices de parto cesáreo no município de São Paulo em virtude da aplicação das Políticas Nacionais de Humanização do Parto, como também, a partir de 2006, da adaptação da Rede de Atenção a Mãe Paulistana, a qual adequou seus hospitais para as iniciativas do parto vaginal. Extremos de idade estão relacionados com o parto prematuro. O aumento da incidência de prematuros em gestação de adolescentes parece estar relacionado mais com fatores externos, como gravidez indesejada, baixo nível socioeconômico, conflito familiar e falta de assistência pré-natal, do que propriamente com a idade.

Mulheres com idade acima de 35 anos estão mais sujeitas a doenças que podem levar ao parto prematuro eletivo. De acordo com França e Lansky (2016), lidera como principal causa de óbitos na infância no Brasil a prematuridade, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral passíveis de prevenção, por meio de assistência à saúde de qualidade. Habitualmente, 50% dos partos prematuros têm etiologia desconhecida, mas há fatores de risco associados que são classificados em epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, iatrogênicos e desconhecidos.

Em resumo, como observado no Comparativo de Dados Gerais do município de São Paulo e dos Dados Específicos, no intervalo antes da implantação e após a implantação do Programa Mãe Paulistana, com relação ao Brasil e a outros municípios, notou-se que foi importante a implantação do Programa Mãe Paulistana, pois, dessa forma, a vigilância dos dados tem impacto direto na aplicação da continuidade e da qualidade do atendimento e da assistência ao pré-natal, parto e puerpério no município de São Paulo ao longo dos

anos, e em todas as suas regiões de saúde, abrangendo, assim, com cuidados, o maior número possível de mães e recém-nascidos.

Em suma, o estudo identificou que, no município de São Paulo (SP), no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2012, os perfis dos nascidos vivos tiveram os seguintes resultados: 99,45% dos nascimentos ocorreram em ambiente hospitalar, de mães com 25 a 29 anos, a maioria mães solteiras com ensino médio completo. Em comparação às proporções dos perfis dos recém-nascidos brasileiros como de outros municípios analisados no mesmo período, os cuidados com o pré-natal, parto e puerpério mantiveram-se constantes no município e em suas coordenadorias, e com níveis percentuais com valores médios e acima do que é preconizado por instituições nacionais e mundiais, como Conselhos de Ginecologia e Obstetrícia, os Conselhos de Pediatria e a OMS, respectivamente. Um ponto de atenção são as proporções de parto cesáreo que ainda não conseguiram atingir os valores entre 10% a 15%, referenciados pela OMS.

Como contribuição para a prática deste trabalho, fica aqui orientado que o acompanhamento dos dados dos perfis epidemiológicos é de extrema importância para a continuidade da qualidade na oferta dos serviços de saúde, e para uma maior cobertura e organização da rede de atenção, que envolva desde consultas até a rede hospitalar de atendimento dessas gestantes e puérperas, para a melhoria contínua da gestão na assistência ao pré-natal.

Como sugestão para pesquisas futuras, evidenciamos a importância de se ir a campo para análises nas UBS de algumas coordenadorias em que ocorreram os maiores índices de nascidos vivos para analisar outras variáveis, preconizadas pelo Programa Mãe Paulistana e Pela Rede Cegonha.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 31 ago. 2020
- CASTRO, C. M. DE. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015.
- CORREIO, R. A. DA S.; CORREIO, L. F.; CORREIO, M. A. B. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC. RECIIS - Rev Eletron Comun Inf Inov Saú, v. 10, n. 2, 2016.
- DA SILVA NUNES, A. D. et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 3, 2017.
- FERREIRA, V. A. et al. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos em Belo Horizonte, MG, Brasil. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, 2018.
- FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Anais. In: Rede interagencial de informações para saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2016
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Paulo (SP). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html>>. Acesso em: 31 ago. 2020.
- NUNES, A. D. DA S. et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 3, 29 set. 2017.
- PUCCINI, P. DE T.; CECÍLIO, L. C. DE O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 957-964, 2008.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S85-S100, 2014.