

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

PAULA CAMPOS PERIM

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VIA DE PARTO E CONDIÇÕES CLÍNICAS
PERINATAIS À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS**

VITÓRIA
2020

PAULA CAMPOS PERIM

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VIA DE PARTO E CONDIÇÕES CLÍNICAS
PERINATAIS À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Janine Pereira da Silva

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

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

VITÓRIA
2020

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

P441a Perim, Paula Campos
Análise da associação entre via de parto e condições clínicas
perinatais à luz das políticas públicas materno-infantis / Paula
Campos Perim. - 2021.
71 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janine Pereira da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Parto cesárea. 3. Parto
normal. 4. Assistência perinatal. I. Silva, Janine Pereira da. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 306.8743

PAULA CAMPOS PERIM

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VIA DE PARTO E
CONDIÇÕES CLÍNICAS PERINATAIS Á LUZ DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS**

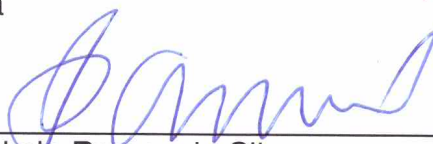
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 14 de dezembro de 2020.

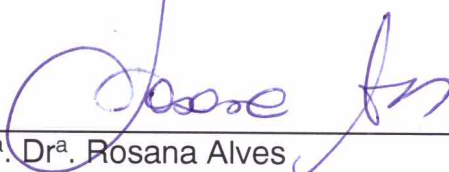
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Janine Pereira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. Valmir Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof.ª Dr.ª Rosana Alves
Faculdade Pequeno Príncipe - FPP

À todas as mulheres que sonham em ser cada vez melhores e correm atrás. Nossas conquistas são do tamanho dos nossos sonhos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar força e proteção para iniciar, trilhar e concluir esse caminho.

Aos meus pais, fontes de inspiração, que sempre me mostraram a importância da educação, me incentivaram e me apoiaram, inclusive para que eu desse esse passo.

Ao colega e amigo Prof. Dr. Gustavo Carreiro Pinasco, que trouxe o incentivo final para que eu embarcasse nessa jornada.

Aos amigos e professores da EMESCAM, que me deram forças e auxiliaram em tantos momentos necessários.

Às amigas do Mestrado, que sonharam comigo e agora estão colhendo os frutos. Em especial à Luara, que compartilhou comigo muitas ideias, projetos conjuntos e um banco de dados incrível!

Aos amigos de trabalho e fora do trabalho, assim como minha família, que entenderam minha ausência em alguns momentos e sempre torceram por mim.

À orientadora Prof^a. Dr^a. Janine Pereira da Silva, que foi um dos meus alicerces, não me deixou desistir e foi compreensiva com tantas intempéries nesse turbulento ano.

À toda equipe do Mestrado pelo acolhimento e valiosos ensinamentos.

E, principalmente, ao meu marido, que esteve ao meu lado desde o início dessa jornada, me ouviu tantas vezes e foi sempre meu suporte e minha luz nos dias que pareciam não serem tão iluminados. Obrigada por ter sonhado comigo!

RESUMO

Introdução: No ano 2000, as Metas de Desenvolvimento do Milênio definiam estratégias para a redução da mortalidade materno-infantil. Em apoio, foram criados no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, com objetivo de garantir atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, oportunizando a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal. Apesar do respaldo legal, a inobservância do cumprimento efetivo dessas políticas e programas pode comprometer a saúde dessa população. **Objetivo:** Analisar a associação entre a via de parto e as condições clínicas perinatais à luz das políticas públicas materno-infantis. **Metodologia:** Estudo observacional, analítico e transversal, com dados sociodemográficos e clínicos de mães e nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, entre 2014 e 2018, obtidos a partir da Declaração de Nascido Vivo e disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Para análise estatística, utilizou-se o teste qui-quadrado e nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Ocorreram 161.971 partos, predominantemente em nível hospitalar (99,6%) e por via cesariana (61,4%). Observou-se prematuridade (10,0%), baixo peso (8,5%) e baixa vitalidade ao nascer (0,8%). Parto cesárea foi significativamente associado com maior idade e escolaridade materna, estado civil casado, ocupação que exige maior formação e primíparas. Já em relação às condições clínicas perinatais, houve associação com prematuridade e baixo peso, mas não com baixa vitalidade ao nascer. **Conclusão:** Há uma associação positiva do parto cesáreo com as condições perinatais desfavoráveis, que estão entre as principais causas de óbito neonatal. Considerando a frequência elevada de parto cesáreo nesse estudo, questiona-se se as políticas públicas materno-infantis vigentes estão sendo devidamente aplicadas e se as gestantes estão sendo bem informadas quanto à escolha da via de parto e suas consequências, tendo em vista o perfil sociodemográfico associado a cesárea.

Palavras-chave: Parto. Cesárea. Parto Normal. Assistência Perinatal. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In the year 2000, the Millennium Development Goals would define strategies to reduce maternal and infant mortality. In Brazil, the Program of Humanization in Prenatal and Birth, the National Pact for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortalities, the Pact for Children's Health and the National Policy for the Integral Care of Children's Health were created to ensure a qualified and humanized assistance to pregnancy, delivery, birth and to the newborn, by improving the accesses, coverage, quality and humanization of obstetric and neonatal support. Despite the legal support, the ineffective use of such policies and programs might compromise these population's health. **Objective:** To analyze the association between the mode of delivery and the perinatal clinical conditions with respect to the maternal and infant public policies. **Methods:** An observational, analytical and cross-sectional study, with sociodemographic and clinical data from mothers and live births from the health's metropolitan region of the State of Espírito Santo, Brazil, between 2014 and 2018, obtained from the Live Births Declarations made available by the State's Health Secretary of Espírito Santo. The statistics used the Chi-square test with a significance of 5,0%. **Results:** Data show 161.971 deliveries, mainly happening at the hospital level (99.6%), of which 61.4% of them were Cesarean. Premature births were 10.0%, low weight at birth were 8.5% and low APGAR score were 0.8%. The Cesarean delivery was significantly associated with a higher maternal age, with a higher educational level and with occupations demanding a higher educational level, with the primiparous and the married ones. Cesarean delivery was also associated with prematurity and low weight at birth, but not with a low APGAR score. **Conclusion:** It was found a positive association between the Cesarean delivery and the unfavorable perinatal clinical conditions, which are the main causes of neonatal deaths. Considering the high frequency of the Cesarean delivery in this study, the question whether if the current maternal and infant public policies are being properly applied raises up and whether if pregnant women are being well informed of the choice of the mode of delivery and its consequences, considering the sociodemographic profile associated to the Cesarean deliveries observed.

Keywords: Birth. Cesarean Section. Natural Childbirth. Perinatal Care. Public Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Regionalização de Saúde proposta em 2011.....	17
Gráfico 1 - Mortalidade infantil nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e infantil no Espírito Santo, ES, Brasil, entre 2010 a 2018....	13
Gráfico 2 - Taxa de mortalidade infantil nas diferentes regiões de saúde, Espírito Santo, ES, Brasil, entre 2010 a 2018.....	19
Quadro 1 – Classificação do recém-nascido conforme o peso.....	20
Quadro 2 – Índice de APGAR.....	21
Quadro 3 - Classificação do recém-nascido conforme a idade gestacional.....	22
Quadro 4 - Políticas públicas materno-infantis no Brasil.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Condições sociodemográficas das mães de nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)	42
Tabela 2 - Condições clínicas das mães e de nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)	45
Tabela 3 - Associação entre as condições sociodemográficas maternas e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)	46
Tabela 4 - Associação entre as condições clínicas perinatais e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)	51

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DUM	Data da Última Menstruação
DN	Declaração de Nascido Vivo
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 TIPO E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	17
3.1.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	18
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	18
3.3 COLETA DOS DADOS.....	20
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
3.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	23
4 CAPÍTULO I - CONDIÇÕES CLÍNICAS PERINATAIS, VIA DE PARTO E POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS.....	24
4.1 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE PARTO CESÁREO.....	28
4.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS.....	31
5 CAPÍTULO II - ASSOCIAÇÃO ENTRE VIA DE PARTO E CONDIÇÕES CLÍNICAS PERINATAIS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	60
ANEXO A - Declaração de Nascido Vivo (DN).....	65
ANEXO B - Termo de anuência prévia para a realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.....	66
ANEXO C - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	68

1 INTRODUÇÃO

Na virada do segundo para o terceiro milênio, os países signatários da Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceram as Metas de Desenvolvimento do Milênio com o objetivo de melhorar as condições de vida da população mundial. A meta 4 (reduzir a mortalidade infantil) e a meta 5 (melhorar a saúde das gestantes) versam sobre saúde materno-infantil. No Brasil, a Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000, estabelece os princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), em que consta, dentre outras, que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, ao acompanhamento pré-natal adequado e à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Em 2004, foi criado o Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal pelo Ministério da Saúde (MS), com estratégias para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio até o ano de 2015 e qualificar a atenção obstétrica e neonatal em todo o país (BRASIL, 2004). No Pacto pela Vida, estipulado pelo MS em 2009, em seu componente Pacto pela Vida, há o reforço da redução da mortalidade materno-infantil como uma de suas metas prioritárias (BRASIL, 2009).

Em consonância, em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que se estrutura em eixos estratégicos com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança em todo território nacional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando a efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento infantil, de forma saudável e harmoniosa, além da redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

Destarte, o primeiro eixo estratégico da PNAISC perpassa o direito a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, consistindo na melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade e da humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento

da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de cuidado (BRASIL, 2015).

Como estabelecidas pelas políticas públicas citadas, um dos pilares para assegurar melhores condições de nascimento ao bebê é o cuidado no período do trabalho de parto, parto e pós parto, incluindo que o parto seja do tipo considerado mais apropriado para cada situação, visando também a saúde materna. O parto cesáreo foi criado em um contexto em que partos normais não poderiam ser realizados ou encontravam diversos percalços, que levavam a prejuízo para mãe e bebê, inclusive óbito. Dessa forma, desde então, diversos desfechos ruins foram evitados com a realização da cesariana. No entanto, a Organização Mundial da Saúde realizou extenso trabalho em 2015 que demonstrou o que seria uma taxa ideal para partos cesáreos em cada país, que efetivamente diminuíssem mortalidade infantil e materna (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Essa taxa é de 10,0 a 15,0%, podendo ser ajustada à nossa população para 25,0 a 30,0%, devido a um elevado número de cesáreas prévias; o que diverge da taxa encontrada no Brasil, que é de 56,0% (BRASIL, 2016).

Desde 2000, com o PHPN, já havia a preocupação com o excesso de intervenções e medicalizações durante o trabalho de parto e parto, enfocando a importância de que o parto ocorresse da forma mais natural possível (BRASIL, 2000). Kottwitz, Gouveia e Gonçalves (2018) discutem em estudo a preferência das gestantes em relação a via de parto e a necessidade de esclarecimentos para que a mesma realize suas próprias escolhas e auxilie no processo de decisão final. Dessa maneira, as equipes de saúde, além de levar informação no momento do trabalho de parto, também deveriam evitar intervenções cirúrgicas obstétricas que não fossem realmente necessárias.

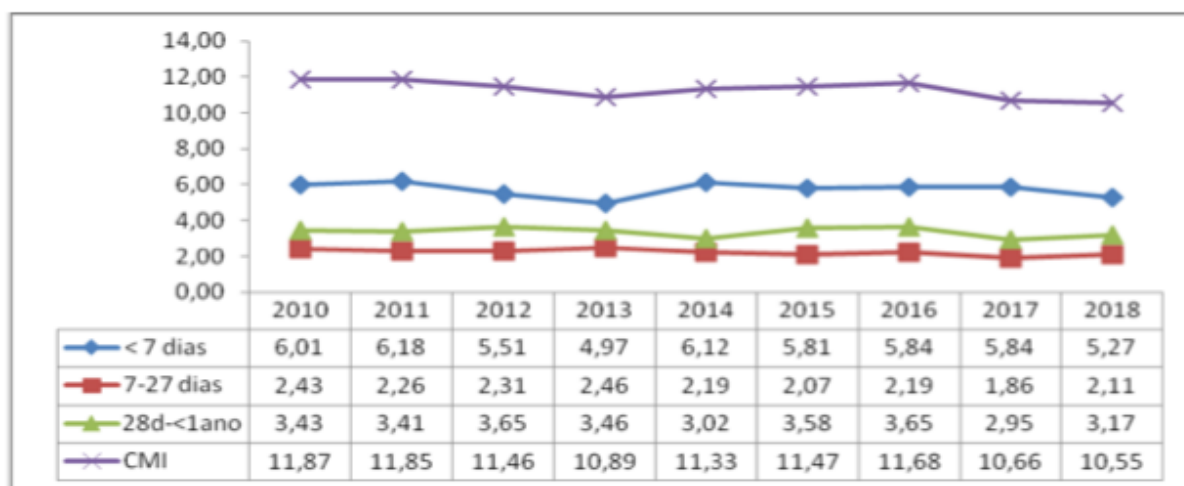
Procedimentos cirúrgicos, mesmo os considerados mais seguros, como o parto cesáreo, possuem possíveis riscos e complicações, desde o procedimento anestésico, como também infecções pós cirúrgicas, hemorragias e, inclusive, óbito materno. Se realizados sem indicação, esses procedimentos aumentam a probabilidade desses riscos de forma desnecessária. E para o recém-nascido, alguns riscos também já foram atribuídos na literatura, como afecções respiratórias, menor vínculo mãe-bebê, menor chance de aleitamento materno exclusivo, maior chance de

desenvolver icterícia e, inclusive, óbito neonatal (LEAL *et al.*, 2016; VICENTE; LIMA; LIMA, 2017).

A mortalidade infantil é um indicador para o bem-estar, de qualidade de vida e dos serviços de saúde, de saneamento básico e de educação de um país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019; MENDES, 2019). Dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe indicam que as taxas de mortalidade infantil no Brasil vêm decrescendo entre os anos de 2000 (30,4), 2006 (20,7), 2012 (15,4) e 2018 (12,8), com percentual de redução nesse período de aproximadamente 58,0% (COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 2020).

No Espírito Santo, observa-se tendência decrescente da taxa de mortalidade infantil, sendo de 10,5 em 2018, uma redução de 43,3% em relação a 2000, quando a taxa era de 18,6, e mais de 11,0% em relação a 2010. Entretanto, houve queda menos expressiva na taxa de mortalidade neonatal, com menor modificação do componente neonatal precoce (zero a seis dias de vida), conforme Gráfico 1. Esse componente foi responsável por 50,0% dos óbitos infantis no ano de 2018 (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Gráfico 1 - Mortalidade infantil nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e infantil no Espírito Santo, ES, Brasil, entre 2010 a 2018



Fonte: Espírito Santo (2019, p. 43).

Essa concentração de mortes infantis na primeira semana de vida demonstra a estreita relação entre a mortalidade neonatal precoce e a assistência prestada à

gestante e ao recém-nascido no pré-natal, parto e atendimento imediato à criança após o nascimento (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018). No que se refere a mortalidade neonatal precoce, relevante ressaltar que esse padrão de ser responsável por 50,0% da mortalidade infantil também é observado em países desenvolvidos com os menores índices de mortalidade infantil, como o caso da Finlândia, que em 2018 teve 2,1 de taxa de mortalidade infantil, sendo 1,3 de mortalidade neonatal precoce (FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS, 2020).

Mister se faz salientar que os nascimentos ocorridos em todos os hospitais do Brasil, em serviços públicos e privados, devem ser registrados por meio da Declaração de Nascido Vivo (DN). Assim, com base nos dados da DN, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) consegue apontar para o MS quais são as prioridades de intervenção relacionadas ao bem-estar da mãe e do bebê, além de fornecer indicadores de saúde sobre pré-natal, assistência ao parto, vitalidade ao nascer e, também, da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

A DN não substitui o registro civil de nascimento, que permanece obrigatório e gratuito, mas reforça o direito de acesso aos serviços públicos que cada brasileiro tem ao nascer, além de fortalecer a coleta sistemática de informações e o planejamento de ações de saúde destinadas à população materno-infantil (BRASIL, 2011a).

Isto posto, essa dissertação é apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, com o objetivo de analisar a associação entre a via de parto e as condições clínicas perinatais à luz das políticas públicas materno-infantis. O estudo está alinhado à área de concentração em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local e insere-se na linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, que “[...] aglutina os estudos sobre as Políticas de Saúde que direcionam o Sistema de Saúde vigente e a atenção à saúde suplementar” (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRIA DE VITÓRIA - EMESCAM, 2016).

E justifica-se pela escassez de estudos nessa temática no estado, e por sua relevância no contexto social e econômico, com perspectiva de impacto importante dos resultados no (re)planejamento da saúde materno-infantil no ES.

Já a aproximação com o tema deu-se em função da minha formação como médica Pediatra, tendo atuado em maternidades na assistência ao recém-nascido na sala de parto. Além de trabalhar, nesse momento, como Pediatra na Atenção Primária, o que me permite acompanhar esses pacientes em todas as fases da vida, com foco na promoção e proteção à saúde da criança. Logo, essa prática profissional me leva a questionar continuamente fatores gestacionais ou obstétricos que possam se associar com as condições da criança nos mais diversos períodos da vida, e assim refletir sobre o papel das políticas públicas materno-infantis para promover o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dessa população e diminuir as desigualdades em saúde.

A sistematização dessa dissertação consistir-se-á de uma apresentação sucinta de todo conteúdo abordado, definição dos objetivos, descrição detalhada da metodologia, seguido de capítulo teórico como referencial para esse trabalho. A seguir, são apresentados os resultados originais, a discussão e as considerações finais. Por último as referências e os anexos relativos ao trabalho. Os dados originais da dissertação serão posteriormente submetidos a revista indexada na área do Serviço Social. Ratifico que esses resultados serão repassados na íntegra para a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil.

2 OBJETIVOS

A seguir estão especificados os objetivos delineados para essa pesquisa.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre a via de parto e condições clínicas perinatais à luz das políticas públicas materno-infantis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mães e recém-nascidos.
- b) Identificar a prevalência de parto normal e cesárea.
- c) Analisar a associação entre a via de parto e variáveis sociodemográficas e clínicas das mães.
- d) Analisar a associação entre a via de parto e condições clínicas perinatais.

3 METODOLOGIA

A explanação acerca da metodologia dessa pesquisa está explicitada a seguir.

3.1 TIPO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal e analítico, com base na coleta de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil, obtidos a partir da Declaração de Nascido Vivo (DN) de todos os nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do ES – divisão regional de saúde 2011 proposta no Plano Diretor de Regionalização de 2011 – conforme apresentado na Figura 1 (ESPÍRITO SANTO, 2011), incluindo hospitais públicos e privados, entre 2014 a 2018.

Figura 1 – Regionalização de Saúde proposta em 2011



Fonte: Espírito Santo (2011, p. 52).

Em 1989, em ocasião do Seminário Nacional sobre Informações, foi criado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e um documento padrão para angariar informações já sabidamente importantes, visando a construção de indicadores epidemiológicos desse período de gestação, parto e acerca dos nascidos vivos. Esses indicadores de saúde são fundamentais para definição de estratégias e foco em melhoria da atenção à saúde nos períodos referidos. Desde 1990 a Declaração de Nascido Vivo (DN), é distribuída por todos os estados, e vem sendo modificada e atualizada constantemente para adequação à atualidade epidemiológica (BRASIL, 2001). O último documento publicado pelo Ministério da Saúde com instruções sobre a DN, inclusive sobre o seu preenchimento, data de 2001 (BRASIL, 2001). No entanto, foi feita atualização do mesmo em 2011, pelo próprio Ministério da Saúde, o qual foi utilizado nesse trabalho, por ser a recomendação mais atual. Esse documento de 2011 (BRASIL, 2011a).

3.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do ES, entre os anos de 2014 e 2018, com dados completos obtidos a partir da DN e disponibilizados pela SESA. Os dados desconhecidos ou ignorados, foram contabilizados como tais, afim, inclusive, de análise da completude do banco de dados em estudos futuros. Os dados omissos também foram referidos como tal, visando a mesma finalidade.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

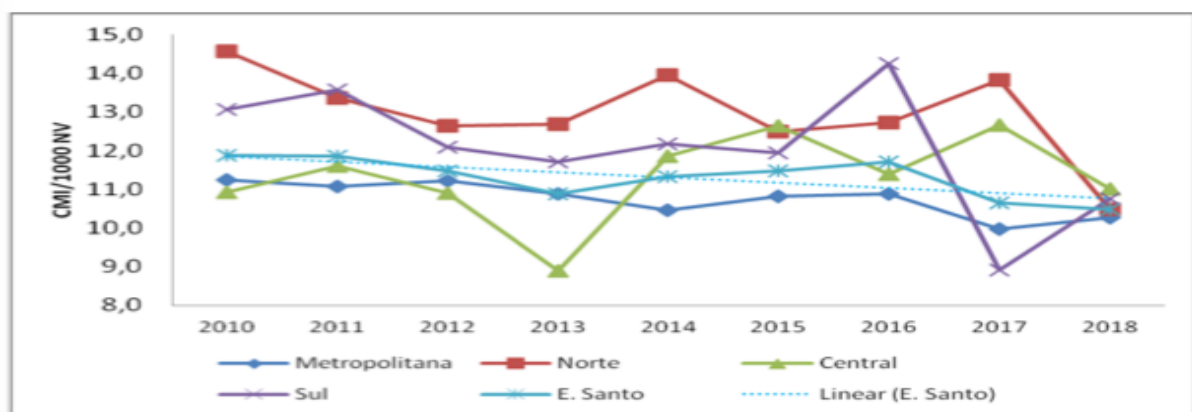
A pesquisa deu-se no estado do Espírito Santo, localizado na região Sudeste brasileira, compondo área litorânea e divisa com os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia, com área geográfica de 46.098,1 km². Possui população total de 3.514.952 – sendo a população estimada de 4.064.052 em 2020 – com densidade demográfica de 76,25 habitantes/km² (2010) e 83,5% da população habitando em áreas urbanas. O estado apresenta distribuição por sexo equilibrada, sendo 50,7% mulheres (28,5% em idade fértil – 15 a 49 anos) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, 2019).

A Região Metropolitana de Saúde do ES é composta pelos municípios: Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória. Sua população estimada em 2020 é de 2.277.639 habitantes, o que corresponde a 56,0% da população total do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Seguindo a transição demográfica que ocorre em todo país nas últimas décadas, no estado do ES também houve redução da taxa de fecundidade, sendo de 1,68 em 2010 (no Brasil foi de 1,80 em 2010) - taxas inferiores a 2,1 são insuficientes para reposição populacional e aumento da expectativa de vida (79,6 anos em mulheres) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Dados do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (ESPÍRITO SANTO, 2019), apresentam uma manutenção do cenário positivo com relação a diminuição da mortalidade infantil no estado, observando-se taxa de 10,55 mortes para 1.000 nascidos vivos, em 2018. Já na Região Metropolitana de Saúde do ES, dados de 2017 indicam mediana de 10,47 para 1.000 nascidos vivos (amplitude de 3,13 - 33,78) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). A Gráfico 2 ilustra a convergência da mortalidade infantil nessa Região para a média no estado em 2018, apesar de não demonstrar a taxa exata dessa Região em 2018.

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade infantil nas diferentes regiões de saúde, Espírito Santo, ES, Brasil, entre 2010 a 2018



Fonte: Espírito Santo (2019, p. 43).

3.3 COLETA DOS DADOS

Os dados foram disponibilizados pela SESA e contém informações relativas ao recém-nascido, ao local de nascimento, à mãe, às gestações anteriores, à gestação atual e ao parto, todos contidos na DN (ANEXO A), conforme listado abaixo. Essas variáveis foram coletadas no banco de dados sendo exatamente como estavam na DN, e para efeito de associação e análise, algumas foram classificadas em categorias, conforme segue:

a) Recém-nascido:

- I. Peso ao nascer: consta na DN como valor numérico em gramas. Foi classificado conforme Quadro 1, sendo considerado baixo peso quando menor que 2500g (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Quadro 1 – Classificação do recém-nascido conforme o peso

Classificação	Peso
Extremo baixo peso	< 1.000 g
Muito baixo peso	< 1.500 g
Baixo peso	< 2.500 g

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2017, p. 64)

- II. Índice de Apgar (no 1º e no 5º minuto de vida): índice criado para estabelecer possível grau de asfixia ao nascimento. Para isso são avaliadas as condições de vitalidade fetal utilizando como parâmetros a frequência cardíaca, respiração, tônus, irritabilidade reflexa e cor no 1º e 5º minutos de vida, conforme Quadro 2. Sua interpretação é feita pela soma desses parâmetros (cada um variando de 0 a 2), e é esperado que seja maior do que 7 no 1º minuto de vida. Se não o for, espera-se que recupere e fique maior do que 7 no 5º minuto de vida (APGAR *et al.*, 1958). Foi classificado, para esse estudo, em duas categorias: maior ou menor do que 7.

Quadro 2 – Índice de APGAR

Pontos	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Menor que 100bpm	Maior que 100bpm
Respiração	Ausente	Choro fraco: hipoventilação	Boa: choro forte
Tônus Muscular	Flacidez	Alguma flexão em extremidades	Bem flexionados
Irritabilidade reflexa	Ausente	Alguma reação	Choro
Cor	Cianose/palidez	Corpo róseo e extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseos

Fonte: Traduzido de Apgar *et al.* (1958, p.1058).

b) Local da ocorrência:

- I. Local da ocorrência (de nascimento): hospital; outros estabelecimentos de saúde; domicílio; outros ou ignorado.
- II. Município de ocorrência (de nascimento).

c) Mãe (sociodemográficos):

- I. Município de residência: descritivo ou em código na DN. Consta no banco de dados em código de acordo com a Tabela de Códigos de Municípios do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).
- II. Idade: descrito em anos. Foi classificado conforme literatura atual em três grupos: 10 a 19 anos (adolescentes); 20 a 34 anos (adulto jovem) e 35 anos ou mais (adulto).
- III. Situação conjugal: solteira; casada; viúva; divorciada; união estável; ignorado.
- IV. Escolaridade: fundamental I; fundamental II; médio; superior incompleto; superior completo; ignorado ou sem escolaridade.
- V. Ocupação habitual: descritivo ou em código na DN. Consta no banco de dados em código de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002).

d) Gestações anteriores, Gestação atual e Parto:

I. Quantidade de filhos vivos.

II. Quantidade de filhos mortos.

III. Tipo de gravidez: única; dupla; tripla/mais; ignorado. Considera-se única aquela em que há apenas um conceito; por dupla a que há dois (gêmeos); por tripla a que há três (trigêmeos), e assim sucessivamente.

IV. Número de consultas no pré-natal: consta como valor numérico. Classificado em maior ou igual a 6; menor do que 6; omissos no sistema.

V. Idade gestacional: consta a data da última menstruação (DUM) ou número de semanas de gestação se a DUM for ignorada. Foi classificada conforme Quadro 3, sendo considerado pré-termo – prematuridade – se abaixo de 37 semanas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Quadro 3 - Classificação do recém-nascido conforme a idade gestacional

Classificação	Idade gestacional
Pós-termo	> ou igual a 42 semanas
Termo	37 a 41 semanas
Pré-termo	< 37 semanas
Pré-termo tardios	34 a 36 semanas e 6 dias
Pré-terms extremos	< 28 semanas

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2017, p. 1209).

VI. Tipo de parto: vaginal; cesáreo; ignorado. Por parto vaginal se entende todo aquele em que o conceito nasceu por via vaginal materna, mesmo que tenham sido usados instrumentos para auxílio. O parto cesáreo é uma técnica cirúrgica em que o nascimento é feito por via abdominal, teoricamente por não ser possível o nascimento por via vaginal.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados no *software* Microsoft® Office Excel 2010 e analisados no *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 25.0. As variáveis categóricas (qualitativas) foram apresentadas como frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis quantitativas foram classificadas e transformadas em variáveis categóricas. Em relação às variáveis que estavam codificadas, foi feita a quebra do código de acordo com sua origem. A análise inferencial foi realizada pelo teste qui-quadrado com análise do resíduo padronizado ajustado para identificar as categorias que interferem nas associações encontradas, em que valores de resíduos maiores que o módulo de 1,96 (escore z referente a 95,0% de confiança) são considerados significativos. Para estudo de associação foi adotado nível de significância de 5,0% ($p \leq 0,05$) e foram desconsiderados os dados omissos em uma ou outra variável.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pela SESA (ANEXO B) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM), sob parecer n.º 3.075.080, datado em 12 de dezembro de 2018 (ANEXO C), e segue o disposto na Resolução n.º 466/12 (BRASIL, 2013).

3.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa serão submetidos a revista indexada na área do Serviço Social e repassados na íntegra para a SESA, com a perspectiva de ser base para a (re)formulação de políticas públicas materno-infantis, assegurando melhoria na assistência prestada à gestante, à parturiente e ao recém-nascido no estado do ES.

4 CAPÍTULO I - CONDIÇÕES CLÍNICAS PERINATAIS, VIA DE PARTO E POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS

Para se considerar o nível de desenvolvimento apresentado por um país, em termos de qualidade de vida, um dos indicadores de maior relevância é a mortalidade infantil. Definida como a quantidade de óbitos ocorridos em menores de um ano de idade a cada um mil nascidos vivos em determinado local e período, a mortalidade infantil é influenciada pelo nível socioeconômico da população em questão e pela assistência em saúde prestada à mesma (MENDES, 2019).

Esse tema está constantemente em pauta de discussões sociais e de políticas em saúde atuais e foi um dos pontos mais relevantes na Declaração do Milênio, constando como o Objetivo 4, que firmava que todos os países signatários deveriam reduzir em dois terços a mortalidade infantil até 2015 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000). Tendo esse objetivo do desenvolvimento do milênio como base, já associado a uma mudança iniciada na década de 90 de melhor assistência em saúde na infância e saneamento básico, diversas atitudes foram tomadas, em termos de políticas públicas, com pactos, diretrizes e portarias visando estratégias que levassem à redução significativa dos índices de mortalidade infantil no Brasil.

As maiores modificações se deram em relação a assistência médica para os menores de um ano de idade, associadas a melhores condições de vida, com tratamento de esgoto, saneamento básico mais disponível e educação em relação ao consumo de água filtrada ou fervida. Essas medidas levaram a redução importante nos índices de mortalidade por infecções respiratórias e síndromes diarreicas. Associadas à vacinação universal com a criação do Programa Nacional de Imunizações, essas medidas culminaram em diminuição significativa na mortalidade infantil no Brasil, que decresceu de 53,7 para 15,6 óbitos a cada mil nascidos vivos de 1990 para 2015 (LEAL *et al.*, 2018).

Nessa mesma época, especificamente em 1990, iniciou-se a distribuição da Declaração de Nascidos Vivos para os estados, na ocasião da criação do SINASC, que permitiu angariar diversas informações para estabelecer indicadores de saúde materno-infantis (BRASIL, 2001).

A mortalidade infantil é caracterizada pela mortalidade neonatal, que são os óbitos ocorridos nos primeiros 28 dias de vida; e mortalidade pós-neonatal, que são os ocorridos após o período neonatal e até um ano de vida. O componente neonatal pode ainda ser dividido em neonatal precoce, que abrange os primeiros sete dias de vida, e o neonatal tardio, que compreende do 8º ao 28º dia de vida. O grande impacto que levou a redução da mortalidade infantil se deu especialmente no componente pós-neonatal que, como esperado, está mais relacionado a assistência e condições sociais das crianças. Dessa forma, o componente neonatal teve queda menos acentuada, sendo que, em 2015, 70,0% dos casos de óbitos infantis se deram nesse período. Nesse contexto, o componente neonatal precoce se destaca como o período em que menos teve redução dos índices, sendo que 54,0% de todos os óbitos em menores de um ano acontecem nesses primeiros sete dias de vida (LEAL *et al.*, 2018).

Salienta-se aqui que esse comportamento de queda da mortalidade infantil, sendo menos acentuada no período neonatal precoce é visto em quase todos os países, inclusive os desenvolvidos e com menores taxas de mortalidade infantil no mundo. Exemplos são a Islândia e a Finlândia, que tinham, em 1990, taxa de mortalidade infantil de 5,9 e 5,6 respectivamente, sendo 3,6 e 3,1 as respectivas taxas de mortalidade neonatal precoce. Esses mesmos dados em 2018 foram de 1,7 (infantil) e 0,9 (neonatal precoce) na Islândia e 2,1 e 1,3 na Finlândia (FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS, 2020).

Essa nova conformação da mortalidade infantil é evidenciada quando se observa as principais causas que levam ao óbito nesse período, sendo a prematuridade a principal delas. Apesar de ter apresentado queda de mais de 70,0% nos últimos anos, a prematuridade ainda ocupa o primeiro lugar nas causas de mortalidade, seguida das anomalias congênitas. Cenário também observado no ES, conforme estudo de França *et al.* (2017), que aponta que as principais causas de óbito infantil no estado, em 2015, foram: prematuridade, anomalias congênitas, asfixia, sepse, infecções do trato respiratório inferior, outras desordens neonatais e doenças diarreicas.

A concentração dos óbitos no primeiro mês de vida, em especial na primeira semana, evidencia a importância da assistência qualificada e dos cuidados tomados durante o trabalho de parto e parto propriamente dito, além do período periparto. São os

acontecimentos nesses períodos que vão culminar em problemas ou afecções que poderão evoluir para óbito. Importante observar que apesar do maior impacto nesses períodos ser pelas ações ocorridas neles mesmos, também sofrerão influência da qualidade do pré-natal realizado, da ausência do planejamento familiar e, inclusive, do perfil de saúde da mulher antes de engravidar (FRANÇA *et al.*, 2017).

Dessa forma, a qualificação da assistência prestada durante o parto e o nascimento é estratégia considerada fundamental no intuito de diminuir a mortalidade do componente neonatal e tem sido um grande desafio em todo o território nacional.

A prematuridade, principal causa de óbito infantil no ES, é uma condição caracterizada pelo nascimento ocorrido antes de 37 semanas de idade gestacional, leva a diversas complicações para o recém-nascido como hipotermia, apneia, afecções respiratórias, hipoglicemia, infecções, entre outros. É estimado que o risco de pelo menos uma complicação é sete vezes maior nos prematuros tardios (aqueles com idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias) do que nos recém-nascidos nascidos a termo. Se considerarmos todos os prematuros esse risco é ainda maior (VANIN *et al.*, 2020). O prematuro tardio tem nove vezes mais chance de óbito neonatal do que o nascido a termo (LANSKY *et al.*, 2014). Outras complicações também associadas a prematuridade podem ocorrer mais tardiamente, durante a infância (VANIN *et al.*, 2020).

A taxa de prematuridade no Brasil em 2011 era de 11,5%, mas o que mais chama atenção é que 74,0% desses eram prematuros tardios (VANIN *et al.*, 2020). O nascimento prematuro pode ocorrer de forma espontânea, quando ocorre ruptura prematura das membranas ovulares ou trabalho de parto prematuro, mas também pode ser iatrogênico, quando ocorre uma antecipação indevida do parto ou sua indução. A maior frequência de prematuros tardios indica a possibilidade de que uma significativa parcela desses poderia ter sido evitada se boas práticas clínicas fossem sempre empregadas no manejo do parto (LEAL *et al.*, 2016).

Nesse cenário, se ressalta o modelo intervencionista da obstetrícia no Brasil, caracterizada por excesso de intervenções médicas, nem sempre com clara indicação clínica, excesso de medicalização, e uma taxa de cesáreas maior do que o

recomendado pela OMS, se destacando as cesáreas eletivas, causas importantes da prematuridade iatrogênica (VANIN *et al.*, 2020). Cesárea eletiva é a cesárea realizada sem indicação médica precisa, de forma agendada. Quando ela é realizada precocemente, com avaliação incorreta da idade gestacional, o recém-nascido nasce antes da hora ideal, o que é chamado de prematuridade iatrogênica.

O baixo peso ao nascer, assim como a prematuridade, é considerado um problema de saúde pública pela sua associação com a mortalidade infantil (MOREIRA; SOUSA; SARNO, 2018). Diversos estudos versam sobre essa temática, sempre considerando os dois os principais fatores associados a mortalidade (ARAUJO FILHO *et al.*, 2017; BORGES; VAYEGO, 2015). Estima-se que o risco de óbito é 44 vezes maior no recém-nascido baixo peso (menos de 2500g), quando comparado com o recém-nascido de peso adequado (ARAUJO FILHO *et al.*, 2017).

As causas para a prevalência do baixo peso ao nascer continuar elevada não são completamente esclarecidas, ocorrendo na contramão das melhorias dos indicadores sociais e de saúde maternos e infantis. Há, ainda, evidência da sua associação com menor escolaridade materna (LEAL *et al.*, 2018). Outro fator associado aos óbitos neonatais é a asfixia perinatal. O índice de Apgar no 5º minuto de vida menor do que 7 ainda é um dos principais marcadores da asfixia perinatal e configura entre as causas de mortalidade neonatal (LANSKY *et al.*, 2014).

Ao analisar esses três fatores, prematuridade, baixo peso ao nascer e asfixia perinatal, se observam diversas situações em que eles poderiam não ter ocorrido. O excesso das intervenções obstétricas, assim como a ausência da boa assistência ao parto, são as situações que mais se associam a eles, evidenciando o quanto são evitáveis. Nesse sentido, se tem um conceito que vem sendo denominado *Paradoxo Perinatal Brasileiro*, em que, apesar da maioria dos partos serem realizados em hospitais e com altos índices de medicalização e intervenção, os índices de morbimortalidade neonatal se mantêm elevados. Isso, provavelmente, é relacionado a baixa qualidade da assistência prestada, intervencionista sem indicação e possivelmente iatrogênica (LANSKY *et al.*, 2014). Importante considerar que intervenções obstétricas podem ser necessárias e são, muitas vezes, indicadas em situações em que a gestação ou trabalho de parto não ocorrem de forma fisiológica ou natural, colocando em risco mãe

ou feto. Isso significa que o aumento das intervenções obstétricas não pode ser visto exclusivamente como algo negativo, sendo necessário ponderar a questão e identificar em novos estudos a indicação de cada intervenção.

A existência de diversas políticas públicas nas últimas duas décadas possibilitou a diminuição da mortalidade infantil a partir da diminuição da desigualdade de acesso aos serviços de saúde, melhoria na estruturação do acompanhamento do pré-natal, na estrutura dos hospitais e no cuidado com o recém-nascido. No entanto, apesar disso, a diminuição do componente neonatal ainda é um desafio, mesmo que as principais causas sejam consideradas evitáveis. Se evidencia a assistência durante o trabalho de parto e o parto em si, em especial as altas taxas de parto cesárea, em diversas ocasiões sem indicação médica e realizada de forma eletiva, aumentando a ocorrência de complicações (LEAL *et al.*, 2018). Ressalta-se que a proporção do componente neonatal precoce na mortalidade infantil é o mesmo para os países desenvolvidos, apesar das taxas serem menores, podendo ser considerado um desafio também nesses países.

4.1 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE PARTO CESÁREO

Até a primeira metade do século XX, o parto, apesar de ser encarado como ato natural e fisiológico, era muito temido pois o risco de complicações era alto, ocasionando em elevados índices de mortalidade materna. Com o advento do parto como atividade médica, passou a predominar o parto hospitalar e surgiram técnicas e protocolos visando a diminuição da mortalidade materna e infantil. Com o avanço da antisepsia e das técnicas anestésicas, houve o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas obstétricas, com destaque para o parto cesárea, que surgiu como a solução em caso de inviabilidade de parto normal (RIBEIRO, 2019).

Com o avançar das décadas, a intensificação da medicalização e das intervenções durante o trabalho de parto e parto em si, levou a uma mudança radical na forma de lidar com o parto, que deixa de ser processo natural e fisiológico, passando a ser considerado quase como uma patologia, pela quantidade de intervenções realizadas. Assim, se passou a observar uma inversão nos índices das vias de parto, com aumento tão significativo nos índices de cesárea que passou a ultrapassar os índices

de parto normal. No Brasil, em 2014, esse valor foi de 55,0% de taxa de partos cesáreas, uma das maiores do mundo (LEAL *et al.*, 2018).

A OMS preconiza, desde 1985, que a taxa ideal de parto cesárea em uma população seria entre 10,0 a 15,0% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Ye *et al.* (2014), em importante estudo acerca da taxa ideal de partos cesáreas necessários do ponto de vista médico, corroboraram o preconizado pela OMS evidenciando que taxas acima de 10,0 a 15,0% não seriam justificáveis do ponto de vista médico. Em novo estudo, Ye *et al.* (2015) analisaram a associação entre a taxa de cesárea com a mortalidade materna e infantil, concluindo que valores acima dos 10,0 a 15,0% também não apresentam vantagens em termos de diminuição dessa mortalidade e questionou se essa taxa não poderia inclusive se relacionar com maior índice de mortalidade materna.

No mesmo estudo, os países foram comparados a partir de agrupamentos: menos desenvolvidos, os em desenvolvimento e os desenvolvidos. O Brasil apresentou o maior índice mundial de cesáreas, igual a 55,6% em 2012, contrastando com países desenvolvidos como a Finlândia, que apresentou taxa de 14,7% (YE *et al.*, 2015).

Assim, se reforça que uma cesárea só deve ser realizada quando houver necessidade, ou seja, com indicação clínica. É importante salientar que se trata de procedimento cirúrgico, e como tal, possui riscos imediatos, a médio e a longo prazo. Em condições ideais, com indicação adequada, ela pode ser considerada segura e com baixos índices de complicação grave. No entanto, quando é realizado muitas vezes mais do que seria o indicado, pode-se encontrar uma quantidade significativa de complicações graves (BRASIL, 2016).

Esse risco não está associado apenas à gestante, mas pode levar a complicações para o feto ou recém-nascido também (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). De acordo com Hansen *et al.* (2008), ao compararem nascidos de cesárea eletiva com nascidos de parto normal, os primeiros apresentam afecções respiratórias que variam de leve a grave, de acordo com a idade gestacional. Esse dado demonstra a relevância do trabalho de parto, que apresenta benefício na preparação do feto para nascimento, como na maturação pulmonar. Outra preocupação é a prematuridade

iatrogênica, que pode ocorrer quando é realizado parto cesáreo desnecessariamente em mulheres com idade gestacional próxima a 37 semanas (BRASIL, 2016).

Ainda que o Brasil apresente índices tão elevados, a distribuição não é igualitária. A cesariana é menos frequente em mulheres que utilizam o sistema público, em não brancas, em adolescentes, em multíparas e naquelas com menor escolaridade (LEAL *et al.*, 2014). Mulheres primíparas, com maior escolaridade, maiores de 35 anos e que utilizam o sistema privado de saúde, por outro lado, apresentaram maiores taxas de cesárea. Interessante observar que o parto cesáreo já foi associado a boa prática assistencial obstétrica, como se de maior valor e melhor padrão do que o parto normal.

Leal *et al.* (2014) evidenciam que a taxa de cesárea no setor privado no Brasil alcança quase 90,0% de todos os partos. Todas essas considerações evidenciam que a cesárea não é mais utilizada apenas como estratégia médica para garantir um parto seguro e diminuir morbimortalidade, sendo indicada, em muitas situações, por fatores não médicos (DOMINGUES *et al.*, 2014).

O aumento indiscriminado nas taxas de parto cesárea também não leva em consideração a opinião da parturiente. Essa, como protagonista do parto e dona do seu próprio corpo, deve estar sempre munida do máximo de informações possível acerca das possibilidades para que, em associação com a indicação médica, a decisão possa ser tomada considerando a sua opinião. Seu envolvimento no processo de decisão é fundamental visando seu planejamento reprodutivo, seus desejos e seus valores culturais, visando o melhor desfecho e experiência possível (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Para Domingues *et al.* (2014), a gestante raramente é incluída nesse processo, não tendo liberdade para manifestar a sua opinião e nem recebendo todas as informações necessárias para formulá-la. Esses autores demonstraram, ainda, que a falta de informação adequada sobre as vias de parto durante o pré-natal levou ao menosprezo dos riscos da cesárea e a banalização da sua indicação, fazendo com que gestantes que inicialmente desejavam parto normal passaram a desejar cesárea. Em especial, pois nos países que promovem o parto vaginal durante o pré-natal, a preferência por essa via se mantém elevada e suas taxas passam de 80,0%.

Considerando a associação da cesárea com maiores índices de prematuridade, baixo peso ao nascer, entre outros, sua indicação precisa deve ser sempre buscada. Por essa razão, o MS reforçou protocolos assistenciais visando o momento do parto e indicações da via adequada através de diretrizes com o objetivo de propiciar a diminuição dos índices de cesárea para o mais próximo do preconizado possível.

4.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS

O primeiro programa em território brasileiro focado na saúde materno-infantil data da Era Vargas, nas décadas de 1940/50, e era voltado exclusivamente para o atendimento do binômio mãe-bebê. Apesar de na mesma época ter sido criado o Departamento Nacional da Criança, com foco em diminuir a mortalidade infantil, garantir pré-natal e puericultura e aumentar o acesso a alimentação de qualidade e boas práticas de higiene, na prática isso foi pouco observado. As décadas seguintes trouxeram a idéia de redução populacional como meio para melhorar as condições de vida no país, e isso foi feito visando o que era considerado o melhor método anticoncepcional, a esterilização feminina. Associado a isso, o intervencionismo no momento do parto foi marcado por um aumento expressivo do número de cesarianas. Ambos tinham como objetivo diminuir a mortalidade materna e infantil, o que realmente aconteceu (CASSIANO *et al.*, 2014).

No entanto, a mulher ainda era vista sob cuidados apenas durante a gestação e o parto, e o mesmo acontecia com a criança, com todo foco apenas no nascimento. Foi apenas em 1983 que teve origem o primeiro programa no Brasil voltado para a saúde da mulher de forma completa, sendo um grande êxito alcançado pelo movimento feminista: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Sua implantação no ano seguinte trouxe um novo olhar para a saúde da mulher, de forma integral, abordando além do pré-natal, parto e puerpério, atendimento ginecológico, climatério, doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero. Ele previa não só investigação, diagnóstico e tratamento como também medidas preventivas, educativas e de recuperação (CASSIANO *et al.*, 2014).

A virada para o terceiro milênio, com a promulgação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), fez com que o Brasil voltasse sua atenção para

a saúde materno-infantil. O objetivo 4 trazia a redução da mortalidade infantil, sendo sua primeira meta reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade em menores de cinco anos. Já o objetivo 5, a respeito da melhora da saúde materna, tinha como primeira meta reduzir em três quartos, no mesmo período, a taxa de mortalidade materna (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000). Visando alcançar essas metas, diversas estratégias foram criadas a nível nacional, incluindo programas e políticas.

Assim, tendo como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Mesmo já tendo apresentado pequena queda na mortalidade materna, o Brasil permanecia com altos índices (45 para cada 100 mil nascidos vivos) quando comparado com os países desenvolvidos, uma vez que, nesses países, ocorriam menos de dez mortes para cada 100 mil nascidos vivos.

O PHPN foi estruturado em três componentes principais. O Componente I (Incentivo à Assistência Pré-natal), objetivava fomentar o acompanhamento pré-natal de qualidade, garantindo diversos serviços julgados essenciais para uma gestação saudável (realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo a primeira realizada até o 4º mês de gestação; realização de exames laboratoriais na primeira consulta e repetidos na 30ª semana da gestação; testagem anti-HIV na primeira consulta nos municípios com população acima de 50 mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica seguindo o esquema preconizado; classificação do risco da gestação, garantindo que as gestantes classificadas como alto risco fossem referenciadas para o ambulatório ou hospital especializado). Além disso, fazia parte também do Componente I avaliar constantemente a situação da Assistência Pré-Natal para nortear o planejamento de novas ações (BRASIL, 2000).

O Componente II (Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal) criava condições técnicas, financeiras e operacionais que pudessem organizar e regular a assistência obstétrica e neonatal, como a estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento. Além disso, ficava responsável por financiar o aprimoramento da assistência, assegurando: atendimento a toda gestante que o procurasse; internação e transferência quando necessário;

direito a acompanhante; direito a realização do parto normal ou cirúrgico; manejo de qualquer intercorrência obstétrica; e a assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2000).

Por último, o Componente III (A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto), tinha uma ótica financeira da assistência, com a finalidade de melhorar as condições do custeio, aumentando a remuneração desses serviços e promovendo incentivos proporcionais ao número de gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tivessem o acompanhamento pré-natal completo, impulsionando a adoção do mesmo (BRASIL, 2000).

As mortalidades materna e neonatal ainda se apresentavam como grandes desafios de saúde pública. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004, traz como fundamento 74,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2002, em que predominariam como causas as ditas obstétricas indiretas, especialmente as hemorragias, também como, a preocupação com os partos cesáreas, que representavam 36,0% do total na época e haviam dados do Centro Latino -americano de Perinatologia de que se realizados sem indicação médica precisa poderiam ocasionar 12 vezes mais óbitos do que os partos normais (BRASIL, 2004). Esse Pacto fortalece direitos como ao acompanhante e ao alojamento conjunto, visa garantir acolhimento das gestantes em serviços de saúde apropriados, valoriza a saúde da mulher de forma geral, incluindo negras e indígenas e também foca na atenção primária e na saúde de mãe e bebê na primeira semana de vida (e pós-parto) (BRASIL, 2004).

Todos esses esforços culminaram em uma progressão importante em relação aos cuidados infantis e maternos, e à redução das respectivas mortalidades. Cassiano *et al.*, 2014, em trabalho que analisa exatamente a evolução da saúde materno-infantil nas últimas décadas, traz dados do MS de redução de 51,0% na mortalidade materna e queda de 40,0% na mortalidade infantil entre 1990 e 2010. Esses níveis ainda estavam elevados se comparados aos de outros países com desenvolvimento econômico como o Brasil, no entanto.

Como escrito por Cassiano *et al.* (2014, p. 237),

Como a morbimortalidade é um processo complexo e multifatorial, o Brasil ainda enfrenta muitos desafios para sua redução, entre eles, melhorar a qualidade do pré-natal e das ações de educação em saúde, permitir o acesso, no pré-natal, aos exames necessários, favorecer o conhecimento prévio da gestante do local do parto, fortalecer o atendimento à mulher e à criança no puerpério e o acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Com o intuito de estabelecer um novo modelo de atenção para melhoria na assistência à saúde materno-infantil, foi regulamentado no dia 24 de junho de 2011, o programa Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459. Tratava-se de uma proposta com o objetivo de garantir o direito à saúde, focado na gestação, parto e puerpério, assegurando planejamento reprodutivo, atenção humanizada durante a gravidez e um nascimento seguro e crescimento saudável do bebê (BRASIL, 2011b).

Desde a sua instituição, a Rede Cegonha carrega os princípios norteadores do SUS, como o respeito e garantia dos direitos humanos e o fomento a equidade, visando a garantia dos direitos relativos à gestação e ao parto. Dentre os direitos previstos nesse programa destacam-se: a facilitação do acesso e uma assistência à mulher de qualidade, o estabelecimento do elo entre a gestante e a unidade de referência em que se dará o parto, e práticas que visem o parto humanizado e atenção à saúde da criança de zero a 24 meses. Além disso, prevê melhorias estruturais, tal como a criação de casas de gestantes e centros de parto normal, melhorias nos serviços ambulatoriais e de transporte e a ampliação do número de leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), para que quando totalmente implementado o programa tenha uma base sólida e bem edificada (BRASIL, 2011b).

As ações da Rede Cegonha foram categorizadas em quatro componentes distintos, porém em simbiose: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico de Apoio: Transporte Sanitário e Regulação do Acesso. É posto como fundamental um início precoce ao pré-natal e ao pré-natal de alto risco, quando necessário, bem como acesso a realização de exames e resultados em tempo oportuno. Desse modo, objetiva-se conter o número de mortes evitáveis e diminuir mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva, a Rede Cegonha trouxe uma melhor estruturação das informações pertinentes ao pré-natal, sendo assim possível de avaliar estes dados e, a partir disso, inferir as áreas e serviços que demandam melhor atenção, posto que baixas taxas de acompanhamento pré-natal podem resultar em prematuridade, baixo peso ao nascer e colaborar para a mortalidade materna e infantil (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Em relação ao parto e o nascimento, nas últimas décadas, o Brasil sofreu alteração no modelo hospitalocêntrico de assistência. O movimento de empoderamento da mulher, com foco em sua autonomia e poder de decisão informada, gera a mudança na ideia de que o parto e o nascimento são eventos exclusivamente médicos e de cunho hospitalar. Segundo Davis-Floyd (2001), o modelo tecnocrático de atenção à saúde acaba provocando um maior número de intervenções desnecessárias e desfavoráveis, resultando em altas taxas de cesáreas e criando a noção que o parto é evento patológico a ser tratado, despiando o evento de sua naturalidade.

Nesse cenário, o movimento de humanização do parto tem sido evidenciado, garantindo: o acompanhamento e acolhimento da parturiente; a privacidade; a autonomia e decisão compartilhada sobre o plano a ser adotado; a presença de um acompanhante de sua escolha; e a realização de somente procedimentos comprovados e indispensáveis à saúde da mulher e do bebê, reduzindo os riscos que intervenções desnecessárias podem vir a ter (BRASIL, 2011b).

Em 2015, foi realizado o último balanço global a respeito da evolução dos diversos países em relação aos ODM. Mundialmente, a mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade foi reduzida em mais da metade, de 90 óbitos a cada 1000 nascidos vivos em 1990 para 43 em 2015. Na América Latina, esse mesmo índice passou de 54 em 1990 para 17 em 2015 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). No Brasil, esse índice era de 53,7, diminuindo para 15,6 em 2015 (LEAL *et al.*, 2018).

Apesar do Brasil ter cumprido a meta de redução desse índice em dois terços e globalmente o resultado ter sido significativo, a meta mundial não foi cumprida. Também foi observado que os óbitos no período neonatal tiveram menor redução do que os ocorridos entre um e 59 meses de vida, passando a representar parcela maior

na mortalidade na infância. As principais causas para óbito nesse período são: complicações causadas pela prematuridade (35,0%), complicações durante o trabalho de parto ou parto (24,0%) e sepse (15,0%). Assim, se reforçou a ideia de que esses óbitos poderiam ser evitados mediante assistência e acesso adequado aos serviços pela mãe e bebê. Nesse sentido, foi percebida a disparidade entre famílias de melhores e piores condições econômicas, entre meio urbano e rural e, especialmente, em relação a escolaridade materna, cujos filhos de mães com ensino médio ou superior teriam três vezes mais chances de sobreviver (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Em relação à melhora da saúde materna, houve redução significativa do índice de mortalidade em 45,0% mundialmente, mas ainda apresentou variações importantes em diferentes países, especialmente em relação a condições socioeconômicas e acesso à pré-natal e assistência médica de qualidade no parto. Ademais, a meta de redução da mortalidade materna em três quartos não foi atingida, mais uma vez simbolizando a importância de assegurar qualidade e acesso a serviços de saúde na gestação e no parto (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Muitos desafios ainda se apresentavam e afim de reforçar os esforços anteriores, em 2015, foi instituída pela Portaria n.º 1130, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), voltada para proteção e promoção da saúde da criança e para isso englobando atenção integrada da gestação aos nove anos de idade, incluindo o aleitamento materno e com foco maior na primeira infância (zero a cinco anos) e nas populações mais vulneráveis (BRASIL, 2015).

Seu primeiro eixo estratégico perpassa o direito a atendimento humanizado e qualificado durante a gestação, no parto, ao nascimento e ao recém-nascido, consistindo na melhoria da atenção obstétrica e neonatal, com a integração entre o pré-natal e os cuidados no atendimento da criança na Atenção Primária com as ações ocorridas nas maternidades. Entre as ações estratégicas desse eixo: a capacitação dos profissionais na atenção no parto, visando a prevenção da asfixia neonatal; a atenção ao recém-nascido baixo peso e prematuro; a prevenção do HIV e da sífilis adquiridos por transmissão vertical; a qualificação da atenção hospitalar neonatal; a

alta hospitalar do recém-nascido vinculado ao retorno para acompanhamento na atenção primária; e a garantia as triagens neonatais universais (BRASIL, 2015).

Parte do segundo eixo complementa a atenção na gestação com a promoção e o incentivo ao aleitamento materno desde o pré-natal, já que essa prática fornece o melhor alimento para a criança do nascimento aos seis meses de vida, de forma exclusiva. Uma das ações desse eixo foi a instituição da iniciativa Hospital Amigo da Criança. Já o sétimo eixo também vale ser destacado por estimular a vigilância do óbito materno, fetal e infantil, com a criação dos comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil, visando avaliar e instituir medidas necessárias para prevenir óbitos evitáveis nesses períodos (BRASIL, 2015).

Em 2015, mas com efetivação em 2016 pela Portaria n.º 306, foi aprovada as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, que institui critérios para indicação do parto cesárea e estabelece a obrigatoriedade de que a gestante seja informada sobre riscos e eventos adversos relacionados a esse tipo de parto. Baseadas nas premissas de que a taxa de cesárea no Brasil na época era de 56,0% e que a recomendação da OMS é de 10,0 a 15,0% (mesmo fazendo uma correção trazida pelas Diretrizes, levando em conta altos índices de cesárea anterior, a taxa ideal seria de 25,0 a 30,0%), as diretrizes visam uniformizar condutas médicas para indicações de cesarianas, muitas vezes divergentes no país (BRASIL, 2016).

São colocadas como indicações para a operação cesariana: apresentação pélvica sem possibilidade de versão cefálica externa; placenta prévia centro-total ou centro-parcial; diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário; mulheres com infecção pelo HIV; mulheres com infecção primária do vírus herpes simples no terceiro trimestre da gestação ou com infecção ativa pelo menos vírus no momento do parto; e mulheres com três ou mais operações cesarianas prévias (BRASIL, 2016).

Essas diretrizes explicitam situações em que não há recomendação para a operação cesariana, salvo complicações ou urgência: mulher com uma ou duas cesáreas prévias; obesidade; hepatite B ou C; feto pequeno para a idade gestacional; nascimento pré-termo; e gestação múltipla não complicada com primeiro feto em

apresentação cefálica. Também é evidenciado que a realização da ligadura tubárea não deve servir como determinante na indicação da via de parto (BRASIL, 2016).

Ademais, essas diretrizes trazem recomendações de cuidados com o recém-nascido de operação cesariana, como a necessidade da presença de um Pediatra treinado em reanimação neonatal; o cuidado térmico após o nascimento, assegurando o pele-a-pele precoce com a mãe; o clampeamento tardio do cordão umbilical naqueles que nascerem bem; o suporte adicional para o estabelecimento do aleitamento materno; entre outros. Importante ressaltar as indicações para parto cesáreo programado, não abordando aquelas que ocorrem por condições específicas à gestante ou complicações ou urgências durante o trabalho de parto (BRASIL, 2016).

Em consonância, foi aprovada a Portaria n.º 353/2017 que versa sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. A base para a sua elaboração remeteu à Rede Cegonha que visava, como uma de suas ações, assegurar a adoção de práticas de atenção à saúde baseado em evidências, e implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, focando no parto e no nascimento. Essas diretrizes visam garantir a prática clínica baseada em evidências, reunindo em um único documento toda informação científica disponível acerca da assistência ao parto normal, visando seu incentivo e promoção (BRASIL, 2017).

Conceitualmente, é colocado que:

[...] entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal, tais como: estimulação do trabalho de parto com ocitocina; ruptura artificial de membranas; alívio farmacológico da dor (peridural, opióides, óxido nitroso); alívio não farmacológico da dor; ou manobra ativa no terceiro período (BRASIL, 2017, p. 10).

É estabelecido, também, que essas diretrizes só servem como referência para gestantes em trabalho de parto com parto normal planejado entre 37 e 42 semanas de idade gestacional, com feto único, vivo e em apresentação cefálica; cuja ruptura de membranas ovulares, se ocorrida, foi no termo ou imediatamente antes do parto;

e se apresentada eliminação de mecônio, que tenha ocorrido imediatamente antes ou durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017).

Em relação ao local de assistência ao parto, traz como recomendação que a gestante seja sempre informada da segurança do parto normal para ela e para a criança; que não se deve recomendar o parto domiciliar, por não estar previsto nas políticas de saúde no país e nem ser coberto pelo SUS, não podendo no entanto ser desencorajado desde que seja garantido que em caso de necessidade, haja acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade; que as gestantes devem receber como informações o acesso à equipe médica, a cuidados no trabalho de parto e parto e a métodos de alívio da dor; dentre outras (BRASIL, 2017).

Essas diretrizes estabelecem que deve haver boa comunicação entre o profissional de saúde e a gestante, com atenção, respeito e cordialidade; que no pré-natal a gestante deve ser informada acerca de todos os procedimentos possíveis de serem realizados durante o trabalho de parto e parto, incluindo possíveis riscos e que ela tem direito a um acompanhante; e que mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos e até uma dieta leve quando não estiverem sob efeito de opioides. Portanto, as diretrizes seguem estipulando métodos para analgesia regional, ações em caso de ruptura de membranas no termo, detalhes em relação à assistência adequada em cada período do parto e em relação à assistência do recém-nascido (BRASIL, 2017).

Vislumbrando todas as conquistas dos ODM, assim como os pontos a melhorar, metas globalmente não atingidas e os novos objetivos e desafios surgidos, a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável foi criada pelas Nações Unidas, com 189 países signatários, em 2015, tendo como eixo central 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) totalizando 169 metas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

O objetivo 3, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, tem três metas relacionadas à saúde materno-infantil: 3.1 que estipula a redução da taxa de mortalidade materna para menos de 70 mortes a cada 100.000 nascidos vivos; 3.2 que objetiva reduzir a mortalidade neonatal para 12 por 1.000 nascidos vivos, a mortalidade em menores de cinco anos para 25 por 1.000,

acabando com as mortes evitáveis em recém-nascidos e menores de cinco anos; e 3.7 que visa assegurar acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, o que inclui o planejamento familiar e a inclusão da saúde reprodutiva nos programas nacionais; metas que devem ser alcançadas até 2030 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

A Agenda 2030 entrou em vigor no início de 2016, mas, no Brasil, as metas foram adaptadas para a realidade local em 2018. A meta 3.1 prevê a redução da mortalidade materna para 30 mortes por 100.000 nascidos vivos, já que no Brasil havia, em 2015, 62 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, já tendo batido a meta da Agenda 2030. Assim, essa meta foi adaptada, assumindo uma redução de 51,7% até 2030. A meta 3.2 foi ampliada pois o Brasil já havia atingido os índices definidos pela ONU, estipulando enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para 5 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade em menores de 5 anos para 8 por 1.000 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018).

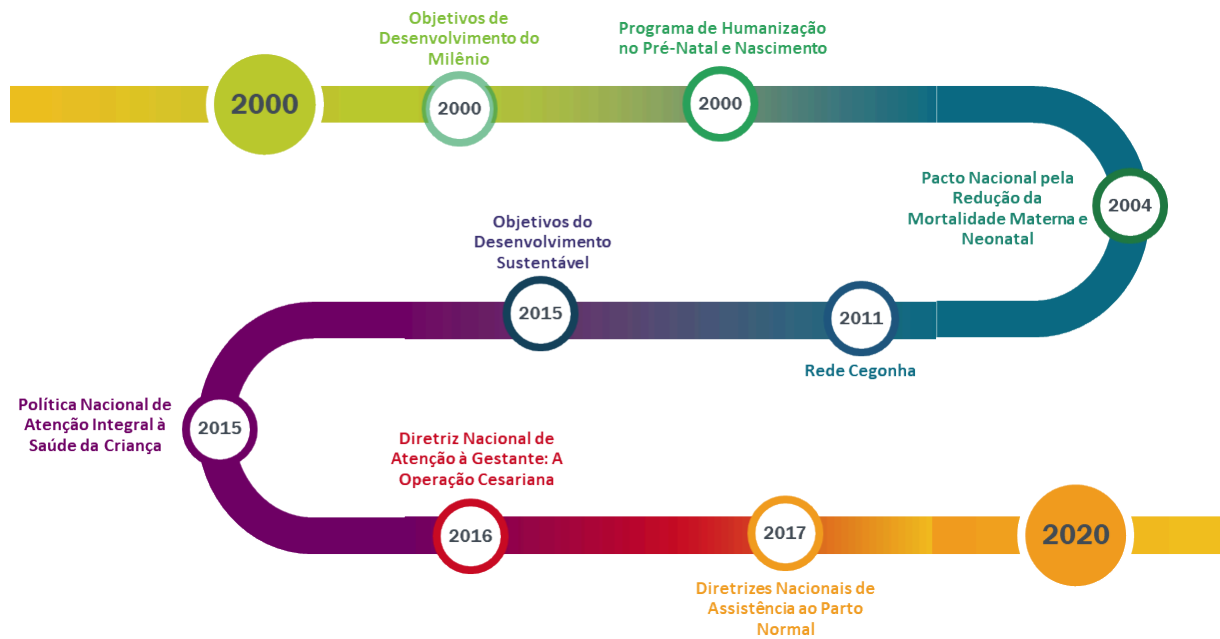
Foi estipulado, ainda, que mortes evitáveis seriam aquelas possíveis de serem prevenidas por ações de saúde acessíveis e efetivas. A adaptação da meta 3.7 foi apenas a substituição do termo *planejamento familiar* por planejamento reprodutivo, levando em consideração que as famílias assumem diversas conformações no mundo atual (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018).

Assim como no final do século passado, a saúde materno-infantil continua como uma das prioridades mundiais, o que é extensível ao panorama nacional, sendo foco dos principais esforços e objetivos estabelecidos, inclusive, por evidenciar o grau de desenvolvimento e qualidade de vida de uma população, especialmente através de coeficientes como o da mortalidade materna e infantil (LEAL *et al.*, 2018).

Por fim, o Quadro 4 apresenta uma síntese dos principais programas e políticas públicas que versam sobre a saúde materno-infantil. Considerando as taxas crescentes de parto cesárea e suas implicações para a saúde dessa população, esses dispositivos legais devem ser revistos e reformulados, se necessário, na perspectiva

do cumprimento efetivo de suas metas e objetivos, a fim de garantir esses direitos de cidadania às mães e aos recém-nascidos em todo o território brasileiro.

Quadro 4 - Políticas públicas materno-infantis no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora.

5 CAPÍTULO II - ASSOCIAÇÃO ENTRE VIA DE PARTO E CONDIÇÕES CLÍNICAS PERINATAIS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

No período de 2014 a 2018, ocorreram 280.937 partos de nascidos vivos no estado do Espírito Santo, sendo que 161.971 foram na Região Metropolitana de Saúde desse estado. A média de idade das mães foi de 27 anos $\pm$ 7 anos, com amplitude de 10 a 60 anos e a seguinte distribuição por faixa etária: 10 a 19 anos, 14,7%; 20 a 34 anos, 69,5%; 35 anos ou mais, 15,8%. Mães que se referiram como solteiras foram equivalentes a quase 50,0% dos casos. Das ocupações relatadas, a mais frequente, pouco mais de um terço, foi a de dona de casa. Mães com ensino médio e que não tinham outros filhos representaram quase 50,0% dos casos. Os nascimentos ocorreram em nível hospitalar em mais de 99,0% dos casos, e mais de 90,0% deles nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (que compreende sete dos vinte municípios da região estudada, sendo eles Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória) (Tabela 1).

Tabela 1 - Condições sociodemográficas das mães de nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)
(Continua)

Condições Sociodemográficas	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Município de nascimento do RN		
Afonso Cláudio	1.884	1,2
Cariacica	18.088	11,2
Domingos Martins	2.653	1,6
Guarapari	6.389	3,9
Ibatiba	1.561	1,0
Santa Maria de Jetibá	2.130	1,3
Santa Teresa	3.810	2,4
Serra	34.472	21,3
Venda Nova do Imigrante	3.271	2,0
Vila Velha	32.556	20,1
Vitória	54.670	33,8
Outros municípios	487	0,3
Local de nascimento		
Hospital	161.328	99,6

Tabela 1 - Condições sociodemográficas das mães de nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)
(Continuação)

Outros estabelecimentos de saúde	111	0,1
Domicílio	349	0,2
Outros ou Ignorado	183	0,1
Situação Conjugal		
Solteira	78.753	48,9
Casada	67.502	41,9
Viúva	421	0,3
Divorciada	3.511	2,2
União estável	10.339	6,4
Ignorado ou omissso no sistema	1445	0,9
Ocupação habitual		
Outras	56.373	34,8
Pedagogo	2.041	1,3
Administrador	1.638	1,0
Técnico de enfermagem	2.060	1,3
Representante comercial autonomo	2.106	1,3
Assistente administrativo	4.103	2,5
Operador de caixa	3.877	2,4
Recepcionista, em geral	1.669	1,0
Cozinheiro geral	1.690	1,0
Vendedor de comercio varejista	3.940	2,4
Trabalhador agropecuario em geral	3.829	2,4
Estudante	9.040	5,6
Dona de casa	59.806	36,9
Desempregado	9.799	6,0
Quantidade de filhos vivos		
0	72.295	44,6
1	51.797	32,0
2	21.644	13,4
3	8.613	5,3
4	3.573	2,2
5	1.605	1,0
6 ou mais	1.309	0,8
Omisso no sistema	1.135	0,7

Tabela 1 - Condições sociodemográficas das mães de nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)
(Conclusão)

Quantidade de filhos mortos		
0	131.603	81,3
1	23.140	14,3
2	4.440	2,7
3 ou mais	1.352	0,8
Omisso no sistema	1.436	0,9
Município de residência		
Outros estados	420	0,3
Afonso Cláudio	1.939	1,2
Cariacica	30.329	18,7
Domingos Martins	2.349	1,5
Guarapari	8.503	5,2
Santa Maria de Jetibá	2.991	1,8
Serra	40.066	24,7
Viana	5.715	3,5
Vila Velha	32.669	20,2
Vitória	22.971	14,2
Outros municípios do estado	14.019	8,7
Escolaridade		
Fundamental I	5.817	3,6
Fundamental II	38.928	24,0
Ensino Médio	80.415	49,6
Superior incompleto	7.807	4,8
Superior completo	27.737	17,1
Ignorado ou sem escolaridade	953	0,6
Omisso no sistema	314	0,2

Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria das gravidezes foi única e pré-natal com o número recomendado de consultas, ou seja, maior ou igual a seis. Quase 90,0% dos nascimentos foi a termo e 61,4% deles via cesárea. Os recém-nascidos com baixo peso representaram 8,5% da amostra. E 5,1% dos recém-nascidos apresentaram Apgar menor do que 7 no 1º minuto de vida e 0,8% com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida (Tabela 2).

Tabela 2 – Condições clínicas das mães e de nascidos vivos na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)

Condições Clínicas	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Idade gestacional		
Menos de 22 semanas	68	0,0
22 a 27 semanas	838	0,5
28 a 31 semanas	1.679	1,0
32 a 36 semanas	13.522	8,3
37 a 41 semanas	142.234	87,8
42 semanas ou mais	2.740	1,7
Omissos no sistema	890	0,5
Tipo de gravidez		
Única	158.006	97,6
Dupla	3.774	2,3
Tripla ou mais	77	0,0
Ignorado	2	0,0
Omissos no sistema	112	0,1
Tipo de parto		
Vaginal	62.488	38,6
Cesário	99.378	61,4
Ignorado	4	0,0
Omissos no sistema	101	0,1
Quantidade de consultas no pré-natal		
Maior ou igual a 6	128.321	79,2
Menor do que 6	32.590	20,1
Omissos no sistema	1.060	0,7
Apgar 1º minuto		
Maior ou igual a 7	153.021	94,5
Menor que 7	8.232	5,1
Omissos no sistema	718	0,4
Apgar 5º minuto		
Maior ou igual a 7	159.966	98,8
Menor que 7	1.363	0,8
Omissos no sistema	642	0,4
Peso ao nascer		
Menor do que 2500 gramas	13.793	8,5
Maior ou igual a 2500 gramas	148.174	91,5
Omissos no sistema	4	0,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao ser feita a associação entre as condições sociodemográficas maternas e a via de parto, observa-se que a mediana de idade materna foi menor (25 anos) nos casos de via vaginal, sendo de 29 anos na cesariana. Quando se considera os municípios de nascimento, observa-se predomínio da cesárea especialmente em Vitória e Cariacica, sendo que na maioria dos municípios a distribuição é bem equivalente (Tabela 3).

Identificou-se que a prevalência de parto cesárea aumenta com o aumento a escolaridade materna, mas não foi encontrada mesma variação em relação a ocupação materna. Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, as ocupações mais referidas foram dona de casa e estudante. Nas mulheres que já haviam tido 2 filhos vivos ou mais, e nas que não haviam tido nenhum filho morto, o parto vaginal foi o mais realizado (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre as condições sociodemográficas maternas e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)

(Continua)

Condições Sociodemográficas	Via de Parto			
		Vaginal	Cesárea	Total
Situação Conjugal ($p=0,000$)				
Solteira	Absoluto / % em parto	37904 / 61,0	40801 / 41,3	78705 / 48,9
	Resíduo	77,2	-77,2	
Casada	Absoluto / % em parto	18746 / 30,2	48719 / 49,3	67465 / 41,9
	Resíduo	-75,6	75,6	
Viúva	Absoluto / % em parto	143 / 0,2	275 / 0,3	418 / 0,3
	Resíduo	-1,8	1,8	
Divorciada	Absoluto / % em parto	1102 / 1,8	2407 / 2,4	3509 / 2,2
	Resíduo	-8,8	8,8	
União estável	Absoluto / % em parto	4029 / 6,5	6299 / 6,4	10328 / 6,4
	Resíduo	0,9	-0,9	
Ignorado	Absoluto / % em parto	180 / 0,3	341 / 0,3	521 / 0,3
	Resíduo	-1,9	1,9	

Tabela 3 – Associação entre as condições sociodemográficas maternas e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)

(Continuação)

Condições Sociodemográficas	Via de Parto			
		Vaginal	Cesárea	Total
Município de nascimento (p=0,000)				
Afonso Cláudio	Absoluto / % em parto	739 / 1,2	1145 / 1,2	1884 / 1,2
	Resíduo	0,6	-0,6	
Cariacica	Absoluto / % em parto	10435 / 16,7	7649 / 7,7	18084 / 11,2
	Resíduo	56,0	-56,0	
Domingos Martins	Absoluto / % em parto	970 / 1,6	1668 / 1,7	2638 / 1,6
	Resíduo	-2,0	2,0	
Guarapari	Absoluto / % em parto	3576 / 5,7	2811 / 2,8	6387 / 3,9
	Resíduo	29,1	-29,1	
Ibatiba	Absoluto / % em parto	608 / 1,0	953 / 1,0	1561 / 1,0
	Resíduo	0,3	-0,3	
Santa Maria de Jetibá	Absoluto / % em parto	690 / 1,1	1439 / 1,4	2129 / 1,3
	Resíduo	-5,9	5,9	
Santa Teresa	Absoluto / % em parto	1396 / 2,2	2404 / 2,4	3800 / 2,3
	Resíduo	-2,4	2,4	
Serra	Absoluto / % em parto	13551 / 21,7	20899 / 21,0	34450 / 21,3
	Resíduo	3,1	-3,1	
Venda Nova do Imigrante	Absoluto / % em parto	1177 / 1,9	2091 / 2,1	3268 / 2,0
	Resíduo	-3,1	3,1	
Vila Velha	Absoluto / % em parto	12855 / 20,6	19674 / 19,8	32529 / 20,1
	Resíduo	3,8	-3,8	
Vitória	Absoluto / % em parto	16353 / 26,2	38310 / 38,5	54663 / 33,8
	Resíduo	-51,3	51,3	
Outros	Absoluto	138	335	473

Tabela 3 – Associação entre as condições sociodemográficas maternas e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)

(Continuação)

Condições Sociodemográficas	Via de Parto			
		Vaginal	Cesárea	Total
Quantidade de filhos vivos ($p=0,000$)				
0	Absoluto / % em parto	26022 / 41,9	46230 / 46,9	72252 / 44,9
1	Absoluto / % em parto	18424 / 29,6	33345 / 33,8	51769 / 32,2
2	Absoluto / % em parto	9219 / 14,8	12413 / 12,6	21632 / 13,5
3	Absoluto / % em parto	4449 / 7,2	4158 / 4,2	8607 / 5,4
4	Absoluto / % em parto	2109 / 3,4	1460 / 1,5	3569 / 2,2
5	Absoluto / % em parto	1032 / 1,7	573 / 0,6	1605 / 1,0
6 ou mais	Absoluto	895	414	1309
Quantidade de filhos mortos ($p=0,000$)				
0	Absoluto / % em parto	51713 / 83,3	79818 / 81,1	131531 / 82,0
1	Absoluto / % em parto	8392 / 13,5	14732 / 15,0	23124 / 14,4
2	Absoluto / % em parto	1491 / 2,4	2949 / 3,0	4440 / 2,8
3 ou mais	Absoluto	476	873	1349
Município de residência ($p=0,000$)				
Outros estados	Absoluto	91	328	419
Afonso Cláudio	Absoluto / % em parto	759 / 1,2	1180 / 1,2	1939 / 1,2
Cariacica	Absoluto / % em parto	12555 / 20,1	17764 / 17,9	30319 / 18,7
Domingos Martins	Absoluto / % em parto	837 / 1,3	1503 / 1,5	2340 / 1,4
Guarapari	Absoluto / % em parto	3928 / 6,3	4573 / 4,6	8501 / 5,3
Santa Maria de Jetibá	Absoluto / % em parto	936 / 1,5	2055 / 2,1	2991 / 1,8
Serra	Absoluto / % em parto	15940 / 25,5	24111 / 24,3	40051 / 24,7
Viana	Absoluto / % em parto	2362 / 3,8	3353 / 3,4	5715 / 3,5
Vila Velha	Absoluto / % em parto	12259 / 19,6	20385 / 20,5	32644 / 20,2
Vitória	Absoluto / % em parto	8193 / 13,1	14774 / 14,9	22967 / 14,2
Outros municípios no estado	Absoluto / % em parto	4628 / 0,07	9352 / 0,09	13980 / 0,08

Tabela 3 – Associação entre as condições sociodemográficas maternas e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)

(Continuação)

Condições Sociodemográficas	Via de Parto			
		Vaginal	Cesárea	Total
Ocupação Materna (p=0,000)				
Outras	Absoluto / % em parto	17651 / 28,2	38663 / 38,9	56314 / 34,8
	Resíduo	-43,8	43,8	
Pedagogo	Absoluto / % em parto	321 / 0,5	1718 / 1,7	2039 / 1,3
	Resíduo	-21,3	21,3	
Administrador	Absoluto / % em parto	261 / 0,4	1377 / 1,4	1638 / 1,0
	Resíduo	-18,9	18,9	
Tecnico de Enfermagem	Absoluto / % em parto	394 / 0,6	1666 / 1,7	2060 / 1,3
	Resíduo	-18,3	18,3	
Representante Comercial Autonomo	Absoluto / % em parto	720 / 1,2	1386 / 1,4	2106 / 1,3
	Resíduo	-4,2	4,2	
Assistente Administrativo	Absoluto / % em parto	1012 / 1,6	3090 / 3,1	4102 / 2,5
	Resíduo	-18,6	18,6	
Operador de Caixa	Absoluto / % em parto	1450 / 2,3	2426 / 2,4	3876 / 2,4
	Resíduo	-1,5	1,5	
Recepcionista, Em Geral	Absoluto / % em parto	603 / 1,0	1066 / 1,1	1669 / 1,0
	Resíduo	-2,1	2,1	
Cozinheiro Geral	Absoluto / % em parto	828 / 1,3	862 / 0,9	1690 / 1,0
	Resíduo	8,8	-8,8	
Vendedor de Comercio Varejista	Absoluto / % em parto	1366 / 2,2	2573 / 2,6	3939 / 2,4
	Resíduo	-5,1	5,1	
Trabalhador Agropecuario Em Geral	Absoluto / % em parto	1469 / 2,4	2357 / 2,4	3826 / 2,4
	Resíduo	-0,3	0,3	
Estudante	Absoluto / % em parto	4368 / 7,0	4664 / 4,7	9032 / 5,6
	Resíduo	19,6	-19,6	
Dona de Casa	Absoluto / % em parto	29610 / 47,4	30167 / 30,4	59777 / 36,9
	Resíduo	69,1	-69,1	

Tabela 3 – Associação entre as condições sociodemográficas maternas e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)

(Conclusão)

Condições Sociodemográficas		Via de Parto		
		Vaginal	Cesárea	Total
Desempregado	Absoluto / % em parto	2435 / 3,9	7363 / 7,4	9798 / 6,1
	Resíduo	-28,8	28,8	
Escolaridade Materna ($p=0,000$)				
Sem escolaridade	Absoluto / % em parto	131 / 0,2	113 / 0,1	244 / 0,2
	Resíduo	4,8	-4,8	
Fundamental I	Absoluto / % em parto	2978 / 4,8	2833 / 2,9	5811 / 3,6
	Resíduo	20,2	-20,2	
Fundamental II	Absoluto / % em parto	20578 / 33,0	18327 / 18,5	38905 / 24,1
	Resíduo	66,5	-66,5	
Ensino médio	Absoluto / % em parto	31148 / 49,9	49222 / 49,6	80370 / 49,7
	Resíduo	1,3	-1,3	
Superior incompleto	Absoluto / % em parto	1896 / 3,0	5905 / 6,0	7801 / 4,8
	Resíduo	-26,6	26,6	
Superior completo	Absoluto / % em parto	5343 / 8,6	22382 / 22,6	27725 / 17,2
	Resíduo	-72,6	72,6	
Ignorado	Absoluto / % em parto	287 / 0,5	415 / 0,4	702 / 0,4
	Resíduo	1,2	-1,2	

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando se associa as condições clínicas perinatais, especialmente prematuridade e baixo peso, que estão entre as principais causas de mortalidade infantil, à via de parto, principal foco desse estudo, se observou maior prevalência de partos via cesárea em recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer. No recém-nascido a termo e com peso adequado ao nascimento, foi maior o número de partos via vaginal. Em relação ao índice de Apgar, se observou o contrário: maiores índices nos nascidos via cesárea, sendo que entre os com índice menor do que 7, a maioria foi parto via vaginal, tanto no 1° quanto no 5° minuto, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre as condições clínicas perinatais e a via de parto na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=161.971)

Condições Clínicas Perinatais		Via de Parto		Total
		Vaginal	Cesárea	
Idade Gestacional ($p=0,000$)				
37 semanas ou mais	Absoluto / % em	56.750 /	88.158 /	144.908 /
	parto	91,3	89,2	90,0
	Resíduo	14,1	-14,1	
Menos de 37 semanas	Absoluto / % em	5.387 / 8,7	10.711 /	16.098 / 10,0
	parto		10,8	
	Resíduo	-14,1	14,1	
Total	Absoluto / % em	62.137 /	98.869 /	161.006 /
	parto	100	100	100
Apgar Primeiro Minuto ($p=0,000$)				
Maior igual a 7	Absoluto / % em	58.027 /	94.901 /	152.928 /
	parto	93,8	95,6	94,9
	Resíduo	-16,1	16,1	
Menor que 7	Absoluto / % em	3.850 / 6,2	4.376 / 4,4	8.226 / 5,1
	parto			
	Resíduo	16,1	-16,1	
Total	Absoluto / % em	61.877 /	99.277 /	161.154 / 100
	parto	100	100	
Apgar 5º Minuto ($p=0,000$)				
Maior igual a 7	Absoluto / % em	61.186 /	98.681 /	159.867 /
	parto	98,8	99,4	99,2
	Resíduo	-13,7	13,7	
Menor que 7	Absoluto / % em	768 / 1,2	595 / 0,6	1.363 / 0,8
	parto			
	Resíduo	13,7	-13,7	
Total	Absoluto / % em	61.954 /	99.276 /	161.230 /
	parto	100	100	100
Peso ao nascer ($p=0,000$)				
Maior ou igual a 2500 gramas	Absoluto / % em	57.666 /	90.421 /	148.087 /
	parto	92,3	91,0	91,5
	Resíduo	9,1	-9,1	
Menor do que 2500 gramas	Absoluto / % em	4.821 / 7,7	8.957 / 9,0	13.778 / 8,5
	parto			
	Resíduo	-9,1	9,1	
Total	Absoluto / % em	62.487 /	99.378 /	161.865 /
	parto	100	100	100

Fonte: Elaborado pela autora.

A OMS traz, desde 2015, como recomendação que a taxa de parto cesárea em uma população seja entre 10,0 e 15,0%, pois valores acima não trariam benefícios para a mãe e o bebê, podendo aumentar o risco para ambos e, inclusive, elevar os índices de mortalidade materna e infantil (LEAL *et al.*, 2018). No Brasil, essa taxa teve aumento significativo nas últimas décadas, sendo 55,9% no período acumulado de

2014 a 2018, de acordo com dados do DATASUS, e 63,0% no ES, nesse mesmo período. E esses dados estão em consonância com o presente estudo, que indica taxa de cesárea de 61,4% na Região Metropolitana de Saúde do estado.

Lansky *et al.* (2014) apresentam o conceito de Paradoxo Perinatal Brasileiro, que versa sobre um aumento intervencionista na prática obstétrica em todo o país (medicações, manobras invasivas, aumento taxas de cesárea) sem ter como consequência uma diminuição proporcional do número de óbitos e agravos perinatais. Importante considerar que esse aumento de práticas ditas intervencionistas na obstetrícia pode não estar apenas relacionado com indicações erradas ou desnecessárias da equipe de saúde, mas serem verdadeiramente necessárias em situações se outras possibilidades.

Esse conceito é reforçado na literatura pelo aumento dos índices de prematuridade, que alcançam taxa de 11,1% no Brasil, em 2015 (LEAL *et al.*, 2018), o que equivale a duas vezes o valor encontrado em países europeus. Da mesma forma, nesse estudo foi encontrado 9,8% de prematuridade, sendo 8,3% de prematuridade tardia, ou seja, entre 32 e 36 semanas de idade gestacional. Esse percentual de prematuros tardios equivale a 84,0% do total de prematuros, valor ainda superior ao referido por Vanin *et al.* (2020) em estudo realizado em hospital terciário na cidade de Curitiba (PR), que avaliava fatores de risco materno-fetais associados a prematuridade e encontrou um total de 74,0% de prematuros tardios. Esses autores associam a prematuridade tardia com a possibilidade de ocorrência devido a cesárea eletiva ou programada. A prematuridade está associada a mortalidade neonatal em 81,7% dos casos (LANSKY *et al.*, 2014).

O baixo peso ao nascer também está associado a mortalidade neonatal, em 82,0% dos casos (LANSKY *et al.*, 2014) e sua prevalência no Brasil, em 2015, foi de 8,4% (LEAL *et al.*, 2018), valor similar ao encontrado nesse estudo. Trabalho realizado para avaliar a mortalidade neonatal em capital do nordeste brasileiro demonstra um risco 44 vezes maior de morte em recém-nascido de baixo peso e 50 vezes maior em recém-nascido prematuro (ARAÚJO FILHO *et al.*, 2017). Valores semelhantes foram encontrados por Borges e Vayego (2015) ao analisarem fatores de risco para a

mortalidade neonatal em município do Sul do Brasil, sinalizando que a prematuridade e o baixo peso foram os principais fatores determinantes ligados aos óbitos neonatais.

França *et al.* (2017), em estudo sobre as causas de mortalidade na infância no Brasil e a mudança desse perfil de 1990 até 2015, trazem a prematuridade como a principal causa, inclusive no Espírito Santo, e a asfixia neonatal como terceira causa. Um dos parâmetros para medida de asfixia neonatal é o índice de Apgar, especialmente o do 5º minuto. No presente trabalho, foi encontrado 5,1% de Apgar menor do que 7 no 1º minuto e 0,8% no 5º minuto, considerando a totalidade de nascidos vivos.

Ao compararmos os dados sobre a via de parto com as condições sociodemográficas maternas, foi encontrada associação com estado civil casada, primíparas, nascimento em grandes centros, ocupações que exigem curso superior ou técnico (pedagogo, administrador, técnico de enfermagem, assistente administrativo, entre outros), maior nível de escolaridade e maior idade (mediana 29 anos). Esses dados vão ao encontro da literatura que traz menores taxas de cesárea em mulheres adolescentes, com menores índices de escolaridade e múltiparas e mulheres de maiores idades e primíparas com maior chance de realizar esse mesmo tipo de parto (LEAL *et al.*, 2014).

A pesquisa de Leal *et al.* (2014), traz dados a respeito das intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual, reforçando que apesar de estudos prévios já ratificarem que o parto cesáreo deveria ser realizado apenas quando houver indicação precisa, ele ainda é visto como um bom padrão de atendimento por muitos profissionais e gestantes. Essa seria uma das justificativas da associação desse tipo de parto com mulheres de maior escolaridade, melhores empregos e maior idade.

Reflexão semelhante é trazida por Domingues *et al.* (2014), quando avaliam o processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil. Nesse artigo foi encontrada associação da cesárea com primíparas, mulheres de maior idade e escolaridade, além de partos realizados em serviços privados e com indicação por fatores não clínicos, corroborando os dados aqui apresentados. Ressalva para o fato de que o estudo de Domingues *et al.* não traz com clareza quais seriam essas indicações por fatores não clínicos.

Nesse mesmo artigo, Domingues *et al.* (2014), ao avaliarem o processo de decisão pela via de parto, questionam se seria a cesárea a via de preferência pela maioria das mulheres bem esclarecidas se elas tivessem sido bem informadas durante a gestação. O mito da dor no parto vaginal, assim como a romantização da cesárea, demonstra uma falha importante no pré-natal e na assistência durante o trabalho de parto, em que os profissionais envolvidos não compartilham com a gestante e sua família informações a respeito das vias de parto, e muitas vezes nem os incluem no processo de decisão final. A assistência ao parto fica mais focada na decisão médica ou da equipe envolvida do que no respeito ao desejo da gestante ou mesmo na dinâmica do trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2014).

Esses dados demonstram a não aplicabilidade das políticas públicas já vigentes, que evidenciam que a gestante e seu acompanhante sejam informados e bem esclarecidos sobre o parto durante todo o pré-natal inclusive. Kingdon *et al.* (2009) já traziam que a gestante quer fazer parte do processo e ser bem informada de todas as opções e decisões, mesmo que ela não possa ser a responsável pela palavra final, caso haja indicação médica específica para um tipo de parto. Vicente; Lima e Lima (2017) reforçam esse conceito e afirmam que ainda existe uma parcela de gestantes que optam pelo parto cesárea por simples incompreensão ou falta de informação, o que significa que mais esforços devem ser investidos em campanhas públicas de saúde que reforcem os riscos e benefícios de ambas as vias de parto.

Os benefícios do parto cesáreo são claramente percebidos nas indicações médicas precisas quando há, inclusive, contraindicação ao parto vaginal. Mas quando se discute riscos dessa via de parto, precisa ser reforçado o risco cirúrgico para a gestante, com complicações anestésicas, maiores chances de hemorragia e infecções puerperais, com aumento do risco de morte (VICENTE; LIMA; LIMA, 2017).

Além dos riscos para o recém-nascido, que possui maior probabilidade de intercorrências respiratórias, prematuridade iatrogênica, anóxia e aumento da mortalidade neonatal (VICENTE; LIMA; LIMA, 2017). Assim foi considerado ao estabelecer os parâmetros desse estudo, que focou em algumas características clínicas do recém-nascido ao nascimento, sendo a prematuridade, o baixo peso ao

nascer, e a baixa vitalidade fetal, representada pelo Apgar. Recordar-se que o presente estudo faz apenas associação, sem estabelecer riscos, devido ao seu desenho de estudo.

Assim como Leal *et al.* (2016) que encontraram associação positiva entre prematuridade e a prática da cesárea eletiva, no presente estudo encontramos associação significativa de recém-nascidos menores do que 37 semanas de idade gestacional com a via de parto cesárea. Apesar de precisar ser considerado que parte desses casos possa ter sido devido a indicações precisas dessa via de parto, dado a complicações na gestação, a indicação da cesárea eletiva pode aumentar os casos de prematuridade iatrogênica (LEAL *et al.*, 2016)

O mesmo pudemos observar em relação ao baixo peso ao nascer, que foi estatisticamente relacionado ao parto cesáreo. Esse dado também é observado na literatura, como evidenciado em artigo sobre baixo peso ao nascer e seus fatores associados, que demonstrou maior risco de baixo peso com a realização de cesárea (razão de chances de 2,3) (MOREIRA; SOUSA; SARNO, 2018).

Ao contrário do que poderia se esperar, o mesmo não ocorre quando se compara parto cesáreo com índice de Apgar no presente estudo. Dolgun *et al.* (2018), em artigo que buscou associar a via de parto com características perinatais, encontraram associação da cesárea com melhores escores do Apgar, especialmente nesse índice aos 5 minutos. E assim também foi encontrado no presente estudo: menores índices de Apgar, tanto no 1º quanto no 5º minuto estão associados ao parto vaginal. Esse dado demonstra que apesar das críticas já feitas ao parto cesáreo, esse pode ter um papel protetor no caso da vitalidade fetal, provavelmente justificado por condições clínicas maternas ou do feto que levaram acertadamente à indicação da cesárea. No entanto, ainda está sendo estudado se cesáreas planejadas, ou seja, sem condições clínicas desfavoráveis associadas, poderiam ter esse papel protetor. Talvez, em casos de gestação de alto risco, a cesárea planejada possa ter papel protetor em relação a vitalidade fetal. Essa é uma área em que mais estudo estariam recomendados.

Esse estudo traz uma grande amostra da região mais populosa do Espírito Santo, sendo um dos primeiros a trazer a discussão a respeito das possíveis associações

para os recém-nascidos, com essa alta prevalência de partos cesáreo e a relação entre eles, demonstrando a não vigência na prática de diversas políticas públicas já existentes nessa temática e instigando a necessidade de mais treinamento aos profissionais de saúde e mais informação às gestantes e suas famílias.

No entanto, a utilização de dados da DN como fonte de dados traz algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, em relação ao próprio preenchimento dos dados, com uma quantidade de variáveis como *ignorado* ou *não informados*, sendo dados perdidos e não possíveis de serem analisados. Assim como foi comentado em Fernandes *et al.* (2020) que fazem uma análise de fatores de risco para asfixia em recém-nascidos utilizando dados da DN e encontraram a mesma dificuldade, o que demonstra um não preparo das equipes de saúde no preenchimento e na conscientização da importância desse registro.

A incerteza na interpretação entre causa e efeito são consequências da limitação decorrente do desenho transversal, que permite apenas associação. O uso do Índice de Apgar como único parâmetro para avaliação da vitalidade fetal, por ser o único presente na DN é também uma limitação no tangente da avaliação da asfixia neonatal, pois já foi demonstrado que esse valor do índice isolado pode sub ou superestimar a possibilidade de acidemia no recém-nascido, um dos indicadores de asfixia (CRUZ; CECCON, 2010). Finalmente, a não consideração das indicações das vias de parto em cada ocasião limita a nossa análise pois pode ser por si só a justificativa de um nascimento prematuro ou baixo peso ou mesmo com baixa vitalidade fetal, sem que a via de parto tenha tido interferência (VANIN *et al.*, 2020). Se a indicação da via de parto constasse como variável da DN, traria uma informação de grande valia para futuros estudos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais características do grupo avaliado incluem mães com média de idade de 27 anos, solteiras, com ensino médio, com ocupações fora de casa e cujos partos ocorreram, em sua maioria, na Região Metropolitana da Grande Vitória. Em relação às condições de nascimento, observou-se que quase a totalidade dos partos ocorreu em nível hospitalar e a via de parto predominante foi a cesárea. Houve associação entre parto cesárea e prematuridade e baixo peso ao nascer, sinalizando, dessa forma, a interferência da via de parto nas condições de nascimento na Região Metropolitana de Saúde do ES, Brasil.

O aumento da taxa de cesárea em todo o mundo trouxe preocupação para a OMS e seus países filiados, assim como a mortalidade neonatal está sempre em vigor quando se trata de metas a serem atingidas para melhor qualidade de vida das populações. Conhecer o valor da taxa ideal, entender as consequências dessa não prática e pesquisar fatores que levam a desfechos perinatais desfavoráveis são, assim, de suma importância para garantir efetividade nos serviços de saúde e longevidade e qualidade de vida para nossa população, em especial, a materno-infantil.

Nos últimos 20 anos, desde os ODM, muito foi falado a esse respeito e diversas políticas em saúde foram criadas no Brasil, mas ao analisar dados simples, contidos em um documento tão acessível como a DN, conseguimos perceber que ainda há um longo caminho a ser traçado. As equipes de saúde estão realmente sabendo informar e passar riscos e benefícios para as gestantes? As mesmas se sentem seguras e amparadas no pré-natal? Se sentem empoderadas para debaterem com conhecimento e opinarem na definição da sua via de parto? E quanto as equipes de saúde, especialmente as do pré-natal e as que acompanham as gestantes no trabalho de parto, estão essas treinadas com o que há de mais recente em termos de conhecimento e com as recomendações de todas essas políticas?

Quando se visualiza uma realidade de mais de 60,0% dos partos ocorrerem por via cesárea, sem discriminar público ou privado, ou baixo ou alto risco, já se percebe que não. Nos últimos cinco anos ocorreram, a nível nacional, a publicação de duas diretrizes focadas na atenção à gestante e trazendo o que deve ser feito visando a

assistência ao parto normal e quando seria necessário indicar o parto cesárea. Mas mesmo que esse estudo não traga indicações dos partos, apenas esse valor de 61,4% de cesáreas já traz o questionamento quanto a não sapiência ou não aplicação dessas diretrizes nos serviços de saúde da Região Metropolitana de Saúde do ES.

A associação feita entre prematuridade e baixo peso ao nascer e via de parto cesárea, mesmo não tendo sido encontrado o mesmo em relação ao índice de Apgar, e lembrando que a literatura já traz esses dois fatores como associados a mortalidade neonatal - nosso principal foco ainda não atingido em termos de diminuição da mortalidade infantil - indica que esse elevado índice de cesárea não está sendo inócuo para os nossos recém-nascidos e precisa ser revisto. Dados desse estudo podem servir de fomentador para novos cursos de formação junto às equipes de saúde, visando garantir a aplicações das políticas públicas já existentes. Assim como podem estimular o planejamento de estratégias para informação às gestantes, inclusive com campanhas populacionais.

Entretanto, não pode deixar de ser considerado que, apesar de termos de um lado as indicações médicas precisas para o parto cesárea e do outro as complicações advindas desse tipo de parto, especialmente quando não há uma indicação médica, há mais fatores para equilibrar essa balança. Enquanto, até hoje, só se foi discutido um valor ideal de taxa de cesárea globalmente, características de cada região do mundo e seus países precisam ser contabilizadas, em especial, os regionalismos dentro de um país com extensão continental como o Brasil.

Questões culturais, econômicas, perfil de saúde da população e até características geográficas deveriam entrar nessa conta. Ademais, o parto precisa voltar a ser lembrado como ato fisiológico que é e, assim, o tempo e as particularidades de cada gestante devem ser considerados, além da sua própria opinião. Seguindo a tendência ao feminismo que o mundo se encontra, em que a valorização do corpo e da vontade das mulheres está finalmente sendo seriamente discutido, isso precisa estar presente também, na discussão na gestação e na definição da via de parto.

Ressalta-se aqui a Lista de Verificação para Partos Seguros, estratégia já criada pela OMS e que aborda principais causas de mortalidade maternal e mortalidade e

complicações perinatais. Associadamente, tem-se um guia para a implementação dessa Lista nos mais diversos serviços de saúde. Nesse contexto apresentado, a prática de utilização dessa Lista poderia ser de grande valia para melhoria da assistência prestada à gestante e ao recém-nascido.

Apesar das altas taxas de cesárea atuais, diversos movimentos pró parto vaginal já existe e está ganhando cada vez mais força. No entanto, trata-se aqui da livre escolha da mulher, tendo ela conhecimento e conscientização de todos os fatores envolvidos. Nesse sentido, entra-se no mérito de que, se com todas as informações em mãos a gestante ainda preferir fazer um parto cesárea programado, poderia essa ser julgada ou considerada errada? Não se estaria, assim, indo de encontro com o fortalecimento do feminino e o pensamento tão disseminado de “meu corpo, minhas regras”?

Finalmente, ressalta-se que esse estudo traz uma discussão que vai além de qual seria a melhor via de parto e, por isso, a maior contribuição que ele traz para a sociedade é o ideal de que conhecimento é poder e esse é um foco que não pode ser esquecido nas políticas públicas materno-infantis. Só quando todas as gestantes, em seu pré-natal, além de exames físicos, exames laboratoriais e de imagem, que sem dúvida são fundamentais, tiverem acesso à informação de qualidade e conhecerem aonde devem ir quando sentirem algo, qual maternidade devem ir se entrarem em trabalho de parto e entenderem sobre sua própria gestação, sua saúde prévia e atual, cada detalhe do trabalho de parto e assim, juntas à equipe de saúde, programarem sua melhor via de parto, individualmente, é que será possível se atingir os melhores desfechos perinatais, com diminuição efetiva da mortalidade materna e infantil.

REFERÊNCIAS

- APGAR, V. *et al.* Evaluation of the newborn infant-second report. **JAMA**, Chicago, v. 168, n. 15, p. 1985-1988, 1958.
- ARAUJO FILHO, A. C. A. *et al.* Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 8, n. 3, p. 1767-76, set. 2017.
- BORGES, T. S.; VAYEGO, S. A. Fatores de risco para mortalidade neonatal em um município na região sul. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/declaracao_nasc_vivo.pdf. Acesso em: 26 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/08/inst_dn.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria n.º 306 de 28 de março de 2016. Regulamenta as diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2016. Edição 59, seção 1, p. 58.
- BRASIL. Portaria n.º 397, 9 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/downloads.jsf>. Acesso em: 05 jan. 2021.
- BRASIL. Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4.
- BRASIL. Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 ago. 2015. Número 149. Seção 1, p. 37-9.
- BRASIL. Portaria n.º 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011b. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Portaria n.º 2.669 de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html. Acesso em: 13 fev. 2019.

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

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo ministério da saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 227-44, abr./jun. 2014.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Panorama social da América Latina 2019**: resumo executivo (LC/PUB.2020/1-P). Santiago: CEPAL, 2020.

CRUZ, A. C. S.; CECCON, M. E. J. Prevalência de asfixia perinatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 302-316, 2010.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, New York, v. 75, p. S5-S23, 2001.

DOLGUN, Z. *et al.* Is there A Relationship between Route of Delivery, Perinatal Characteristics, and Neonatal Outcome in Preterm Birth? **Nigerian Journal of Clinical Practice**, Nigeria, v. 21, n. 3, p. 312-7, mar. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S101-116, ago. 2014.

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRIA DE VITÓRIA - EMESCAM. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. 2016. **Proposta de curso**: linhas de pesquisa. Disponível em: <http://www.emescam.br/mestrado/>. Acesso em: 03 mar. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**: Espírito Santo - 2011. Vitória, ES: SESA, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano estadual de saúde 2020-2023**: Vitória, ES: SESA, 2019.

FERNANDES, V. L. *et al.* Fatores de risco para asfixia perinatal em recém-nascidos atendidos em uma maternidade pública terciária. **Revista Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 56-61, 2020.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de carga global de doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, suppl. 1, p. 46-60, maio, 2017.

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS. **Base de dados Portugal Contemporâneo (PORDATA)**. 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>. Acesso em: 26 jan. 2021.

HANSEN, A. K. *et al.* Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **British Medical Journal**, London, v. 336, n. 7635, p. 85-87, Jan. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 21 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados: população estimada em 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada do ES**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela de códigos de municípios**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/codigos-dos-municipios.php>. Acesso em: 05 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Taxa de mortalidade infantil no Espírito Santo. 2017**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/pesquisa/39/30279>. Acesso em: 19 mar. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **ODS - metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF: Ipea 2018.

KINGDON, C. *et al.* Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. **British International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Oxford, v. 116, n. 7, p. 886-95, Jun. 2009.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e20170013, 2018.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S192-S207, ago. 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* **Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil**. Reproductive Health, London, v. 13, Suppl. 3, p. 163-174, out. 2016.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-28, jun. 2018.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MENDES, S. E. **Análise do coeficiente e fatores associados à mortalidade infantil no estado de Minas Gerais, no período de 2008 a 2017**. 2019. 63 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, ES, 2019.

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

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do milênio das Nações Unidas**. Nova Iorque: ONU, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 20 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **UNICEF e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas**. 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>. Acesso em: 20 ago. 2020.

RIBEIRO, B. A. S. **Violência obstétrica: análise à luz das decisões do superior tribunal de justiça**. 2019. 81 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória, ES, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de pediatria**. 4. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

VANIN, L. K. *et al.* Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, p. e2018136, 2020.

VICENTE, A. C.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA, C. B. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 24-35, 2017.

YE, J. *et al.* Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 123, n. 5, p. 745-53, apr. 2016.

YE, J. *et al.* Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. **Birth and the family Journal**, Berkeley, v. 41, n. 3, p. 237-44, Sep. 2014.

ANEXO A - Declaração de Nascido Vivo (DN)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

I	Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido											
		Data e hora do nascimento											
II	Local da ocorrência	2 Data				Hora		3 Sexo					
								☐ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado					
III	Mãe	4 Peso ao nascer				5 Índice de Apgar				6 Detectada alguma anomalia congênita?			
										Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las			
IV	Pai	7 Local da ocorrência				8 Estabelecimento				9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)			
V	Gestação e parto	10 CEP				11 Bairro/Distrito				12 Município de ocorrência			
VI	Anomalia congênita	13 UF				14 Nome da Mãe				15 Cartão SUS			
VII	Preenchimento	16 Escolaridade (última série concluída)				17 Ocupação habitual				18 Raça / Cor da Mãe			
VIII	Cartório	19 Idade (anos)				20 Naturalidade da Mãe				21 Situação conjugal			
IX	Cartório	22 Logradouro				23 Número				24 CEP			
X	Cartório	25 Bairro/Distrito				26 Município				27 UF			
XI	Cartório	28 Nome do Pai				29 Idade do Pai				30 Histórico gestacional			
XII	Cartório	31 Data da Última Menstruação (DUM)				32 Número de consultas de pré-natal				33 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal			
XIII	Cartório	34 Tipo de gravidez				35 Apresentação				36 O Trabalho de parto foi induzido?			
XIV	Cartório	37 Tipo de parto				38 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?				39 Nascimento assistido por			
XV	Cartório	40 Descrever todas as anomalias congênicas observadas				41 Data do preenchimento				42 Nome do responsável pelo preenchimento			
XVI	Cartório	43 Tipo documento				44 N° do documento				45 Órgão emissor			
XVII	Cartório	46 Cartório				47 Registro				48 Data			
XVIII	Cartório	49 Município				50 UF				51			

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 civil.

ANEXO B - Termo de anuência prévia para a realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada "*Desfecho fetal: uma análise da via de parto e do número de consultas do pré-natal*", que tem por objetivo: "Estabelecer se há correlação do número de consultas de pré-natal e da via de parto com a saúde perinatal e analisar o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas nos últimos cinco anos no estado do Espírito Santo, Brasil".

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do setor de banco de dados e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura Paula Campos Perim Data 12/11/2018

Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa PAULA CAMPOS PERIM

Assinatura Flavio Takemi Kataoka Data 12/11/2018

Nome e carimbo da chefia imediata, gestora da instituição de origem do pesquisador

ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SESA - NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (NUEDRH), APÓS RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.

A Unidade Campo da Pesquisa para análise e manifestação

Assinatura Ingrid Frederico Barreto Data 27/11/18

Nome e carimbo do técnico do NUEDRH

**EMESCAM**

Tradição e Conhecimento em Saúde

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:



AUTORIZADO



NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Área técnica ciente e de acordo.

Assinatura

Gilsa A. Pimenta Rodrigues

Gerente de Vigilância em Saúde
SESA/GEV5
Nº Func.: 1.527.207

Data

28/11/2018

Nome e carimbo do gestor da Unidade campo da pesquisa na SESA

ANEXO C - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: JANINE PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03975318.3.0000.5065

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.075.080

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

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

Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3588 **Fax:** (27)3334-3588 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

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



Continuação do Parecer: 3.075.000

desfavoráveis em recém-nascidos no ES.

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: solicita dispensa

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

FOLHA DE ROSTO assinada por Dr. Flavio Takemi Kataoca

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

Endereço: EMESCAM, Av.N. S.da Penha 2100 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

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



Continuação do Parecer: 3.075.000

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

vide recomendações

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RQUETO_1262678.pdf	03/12/2018 20:46:28		Aceito
Folha de Rosto	folharostopauluuaracometa.pdf	03/12/2018 20:32:22	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	cartaanuendapauluara.pdf	29/11/2018 16:01:58	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadopauluara.pdf	29/11/2018 16:01:06	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 20.045-402
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

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



Continuação do Parecer: 3.075.000

VITÓRIA, 12 de Dezembro de 2018

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

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