

## Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013

Ana Lucia Andrade da Silva <sup>1</sup>  
Antonio da Cruz Gouveia Mendes <sup>2</sup>  
Gabiella Morais Duarte Miranda <sup>3</sup>  
Pedro Miguel dos Santos Neto <sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco. Av. Professor Moraes Rego, s.n. Campus da UFPE. Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.740-465.  
E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

### Resumo

*Objetivos:* analisar a evolução da assistência ao parto no Brasil, entre 1999-2013.

*Métodos:* foi realizado um estudo ecológico de séries temporais, utilizando dados dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Analisaram-se 18 indicadores referentes aos nascimentos e óbitos.

*Resultados:* percebeu-se redução da fecundidade, natalidade e número total de partos. Houve crescimento dos leitos em UTI adulto, e redução dos leitos de obstetrícia. Identificou-se aumento dos nascimentos entre mulheres com 40 anos e mais, com crescimento maior de 100% de primíparas nesse grupo etário, e 19% de nascimentos de mães adolescentes. O expressivo crescimento dos partos cesarianos, da cobertura de consultas pré-natal e hospitalização dos partos ocorreram simultaneamente com o crescimento: dos óbitos infantis preveníveis por adequada atenção na gestão e parto, da prematuridade; do baixo peso; da síndrome de Down; e da persistência das mortes maternas por causas obstétricas diretas.

*Conclusões:* persiste hegemônico o modelo tecnocrático de assistência ao parto, frente às mudanças observadas no perfil das mães e nascimentos, com redução lenta dos óbitos perinatais e neonatais e manutenção de elevada mortalidade materna demonstrando que a situação crítica do modelo de assistência ao parto no Brasil ainda não foi superada.

**Palavras-chave** Assistência à saúde, Saúde materno-infantil, Indicadores básicos de saúde

## Introdução

A qualidade da assistência à mulher no pré-natal, parto e pós-parto guarda estreita relação com a morbi-mortalidade materna e infantil.<sup>1-2</sup> No Brasil, onde a assistência ao parto tem os cuidados centrados na hospitalização, na realização de intervenções invasivas e no uso excessivo de tecnologias e drogas para celeridade do trabalho de parto, predominam os óbitos maternos e infantis evitáveis.<sup>3-6</sup>

As mortes maternas evitáveis são definidas por Morte Materna Obstétrica Direta, resultante de complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.<sup>7</sup>

As causas de óbitos infantis evitáveis são consideradas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. A evitabilidade dos óbitos de menores de cinco anos de idade é analisada utilizando-se como referência grupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). No Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza-se a Lista de Causas de Mortes Evitáveis proposta por Malta *et al.*,<sup>8</sup> com a seguinte classificação: reduzíveis por ações de imunoprevenção; reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento; e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.<sup>8-9</sup>

Visando superar as lacunas e fragilidades do modelo de atenção ao parto, foi implantado, no ano 2000, no Sistema Único de Saúde, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Buscou-se assegurar a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, garantindo a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.<sup>10</sup>

Na prática cotidiana dos serviços, entretanto, encontram-se diversos problemas que interferem na qualidade da assistência prestada às mulheres. As redes de saúde ainda não estão consolidadas, há fragilidade na integração entre os cuidados de pré-natal e a assistência ao parto. Persiste a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com marcantes diver-

sidades regionais e intra-regionais na distribuição e qualidade dos serviços de saúde.<sup>3,11,12</sup>

A avaliação da assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal é um objeto de grande interesse no campo da saúde. Para isso, a produção de informações, por meio de uma Análise de Situação de Saúde, é fundamental para orientação das ações em saúde, possibilitando a identificação de necessidades e prioridades, subsidiando a tomada de decisão.<sup>13</sup>

Nesse sentido, os Sistemas de Informações à Saúde (SIS) constituem-se ferramentas valiosas ao planejamento, organização e avaliação dos serviços e ações de saúde.<sup>14</sup> No entanto, a qualidade e confiabilidade das informações produzidas por esses sistemas são diretamente influenciadas pelos processos de coleta, registro, processamento e produção dos dados.<sup>15</sup>

Ao longo dos 28 anos de implantação do SUS, sucessivas políticas foram direcionadas à assistência obstétrica e neonatal com a finalidade de garantir atendimento oportuno e de qualidade às gestantes e recém-nascidos, incidindo assim na redução e controle dos indicadores de saúde materno e infantil. Nesse sentido, o presente estudo se propôs a analisar a assistência ao parto no Brasil nos últimos quinze anos, segundo o perfil dos nascimentos, as características dos nascidos vivos e os óbitos maternos e infantis evitáveis, a partir dos dados dos Sistemas de Informações à Saúde.

## Métodos

Foi realizado um estudo ecológico de séries temporais sobre a evolução da assistência ao parto e nascimento no país, no período de 1999 a 2013. Utilizaram-se dados secundários dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

Foram analisados 16 indicadores referentes aos nascimentos e óbitos. As informações relativas à assistência ao parto (número de partos normais e percentual de cesáreas) originaram-se do SIH (que registra exclusivamente as internações nas unidades do SUS); os dados relacionados à assistência pré-natal (número de gestantes com sete ou mais consultas) foram obtidos do Sinasc.

Foram utilizadas as frequências absolutas e relativas das primíparas com idades até 15 anos e 40 e

mais anos de idade e dos nascidos vivos (NV) que apresentavam: síndrome de Down, baixo peso ao nascer (peso até 2499 g) e prematuridade (idade gestacional até 36 semanas), agrupados segundo as faixas etárias das mães (10 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 49 anos e 50 e mais anos).

Os coeficientes de mortalidade neonatal (número de óbitos de crianças com até 27 dias de vida completos, por mil NV) e perinatal (número de óbitos ocorridos no período perinatal - entre vinte e duas semanas completas de gestação e sete dias completos após o nascimento, por mil nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais), foram obtidos do SIM.

Os dados referentes à população total e ao número de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) foram calculados com base nos dados das estimativas inter-censitárias e do censo do IBGE.<sup>16</sup>

A taxa de fecundidade total (número médio de filhos NV, tidos por uma mulher, na faixa etária de 15 a 49 anos), a taxa bruta de natalidade (número de NV, por mil habitantes, na população residente) e a razão de morte materna (número de óbitos maternos, por 100 mil NV de mães residentes) foram obtidos, diretamente, da matriz de indicadores produzida pela Ripsa.<sup>17</sup>

Considerou-se como morte materna a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.<sup>7</sup>

As informações relativas à evitabilidade dos óbitos infantis e às causas da mortalidade materna foram extraídas do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Materna, da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/SVS/MS).

A partir da Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil proposta por Malta *et al.*,<sup>8</sup> foram selecionadas para este estudo como causas de óbitos infantis evitáveis: reduzíveis por adequada atenção à gestação e parto; por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido; por ações de promoção à saúde; e óbitos não evitáveis. Entre as causas da mortalidade materna foram incluídas: causas obstétricas diretas (hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto); e causas obstétricas indiretas (mortes por aids e doenças do aparelho circulatório, complicando a gravidez, o parto e o puerpério).<sup>7</sup>

Para cada um dos 16 indicadores analisados, foi calculado o Coeficiente de Variação Proporcional (VP), através da equação:  $VP = [(\text{Indicador último$

$\text{ano}/\text{Indicador primeiro ano}) - 1] \times 100$ .

A análise da tendência temporal dos indicadores foi realizada utilizando modelos de regressão linear simples. Todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0%.<sup>18</sup>

Foram utilizados os *softwares* Tabwin 36b, The R Project for Statistical Computing 3.0.2 e Microsoft Excel 2007 para construção e análise do banco de dados.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13161113.7.0000.5190).

## Resultados

O número médio de filhos por mulher reduziu continuamente até atingir uma taxa de 1,78 em 2010, média inferior ao nível de reposição da população (2,1). Essa tendência de declínio foi acompanhada pela queda da taxa de natalidade, que reduziu 28,50%, entre o primeiro e último ano analisado (Tabela 1).

Segundo o SIH, ocorreram mais de 32,5 milhões de partos, representando 72,42% dos nascimentos ocorridos no país em todo o período avaliado. Paradoxalmente, houve significativa redução dos partos vaginais ( $p < 0,001$ ), com aumento de 63,68% das cesáreas ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

As consultas de pré-natal também apresentaram crescimento significativo ( $p < 0,001$ ), representando um aumento médio anual superior a 28 mil gestantes assistidas com mais de sete consultas, nas redes pública e privada (Tabela 2).

Foram registradas aproximadamente 45 milhões de crianças nascidas vivas, nas redes pública e privada de saúde, com redução significativa de mais de 24 mil nascimentos por ano no Brasil ( $p < 0,001$ ) (Tabela 3).

Apesar do decréscimo na proporção dos nascimentos entre as mães com idade até 19 anos, a maternidade na adolescência permaneceu elevada no país (19,28%). Ao contrário, observou-se aumento da proporção de nascidos vivos nas demais faixas etárias, com destaque para as faixas etárias entre 40 e 49 anos (35,03%) e de mais de 50 anos (175,00%). Verificou-se um aumento expressivo e significativo de primíparas com 40 anos e mais de idade ( $p < 0,001$ ), com um acréscimo médio de 490 nascimentos ao ano (Tabela 3).

Em relação às crianças com síndrome de Down, o maior acréscimo foi verificado entre as mães com

Tabela 1

População geral, de mulheres em idade fértil, natalidade e fecundidade. Brasil - 1999 a 2013.

Ano	População	Mulheres em idade fértil		Taxa de natalidade	Taxa de fecundidade
		N	*%		
1999	163.947.436	53.663.899	32,73	21,86	2,33
2000	169.799.170	55.525.740	32,70	20,32	2,29
2001	172.385.776	56.386.231	32,71	19,49	2,20
2002	174.632.932	57.134.205	32,72	18,73	2,12
2003	176.876.251	57.880.352	32,72	18,23	2,07
2004	179.108.134	58.623.425	32,73	17,88	2,03
2005	184.184.074	60.313.460	32,75	17,47	1,99
2006	186.770.613	61.174.428	32,75	17,00	1,94
2007	189.335.191	61.095.856	32,27	16,60	1,90
2008	189.612.814	60.974.994	32,16	16,26	1,86
2009	191.481.045	61.417.666	32,08	15,98	1,84
2010	190.755.799	62.110.637	32,56	15,78	1,82
2011	192.379.287	62.649.609	32,57	15,63	1,78
2012	193.976.530	63.177.694	32,57	-	-
2013	201.032.714	63.470.428	31,57	-	-
Variação proporcional	22,62	18,27	-3,54	-28,50	-23,61
B	-	-	-	-0,47	-0,05
$\rho$	-	-	-	<0,001	<0,001

\* Proporção em relação ao total da população/ano.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

Tabela 2

Partos normais, percentual de cesárea e consultas de pré-natal. Brasil, 1999 a 2013.

Ano	Partos normais	*% Cesárea	Gestantes com 07 e + consultas pré-natal	
			N	**%
1999	1.992.568	24,89	1.510.040	46,37
2000	1.906.320	23,92	1.401.585	43,71
2001	1.801.406	25,06	1.419.062	45,55
2002	1.753.659	25,18	1.463.469	47,84
2003	1.664.680	26,39	1.516.553	49,92
2004	1.626.092	27,53	1.573.185	51,98
2005	1.596.483	28,61	1.601.391	52,76
2006	1.498.323	30,14	1.606.185	54,54
2007	1.496.045	32,23	1.613.980	55,82
2008	1.334.663	33,24	1.672.280	56,98
2009	1.292.222	34,77	1.667.192	57,86
2010	1.237.083	36,74	1.733.492	60,57
2011	1.199.623	38,40	1.785.198	61,28
2012	1.132.041	40,18	1.792.629	61,69
2013	1.063.764	40,74	1.812.681	62,42
Variação proporcional	-46,61	63,68	20,04	34,61
B	-64.369	1,29	28.708	1,38
$\rho$	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

\* Proporção em relação ao total de partos realizados na rede SUS/ano; \*\* Proporção em relação ao total de nascidos vivos/ano.

Fonte: SIH/MS; SINASC/MS.

Tabela 3

Nascidos vivos segundo faixa etária da mãe. Brasil, 1999 a 2013.

Ano	Nascidos vivos	Faixa etária			Primeiro Filho/Faixa etária			
		Adolescentes	20 a 39 anos	40 a 49 anos	Até 15anos	40 e + anos		
	%	%	%	n	n	**%	**%	
1999	3.256.433	23,16	73,65	1,77	53.109	62,12	4,555	7,88
2000	3.206.761	23,40	74,13	1,88	55.730	62,91	4.952	8,19
2001	3.115.474	23,27	74,34	1,92	55.736	63,34	5.549	9,27
2002	3.059.402	22,65	75,15	1,95	52.647	62,48	5.521	9,25
2003	3.038.251	22,15	75,68	1,98	53.297	63,26	5.883	9,78
2004	3.026.548	21,85	75,92	2,06	54.169	66,48	6.704	10,76
2005	3.035.096	21,78	76,01	2,05	53.740	66,57	6.748	10,84
2006	2.944.928	21,49	76,37	2,12	57.946	72,03	7.998	12,75
2007	2.891.328	21,11	76,71	2,16	59.101	73,46	8.129	12,98
2008	2.934.828	20,42	77,40	2,17	62.791	76,42	9.021	14,10
2009	2.881.581	19,95	77,83	2,21	63.368	78,37	9.394	14,70
2010	2.861.868	19,31	78,44	2,24	62.341	79,34	9.707	15,09
2011	2.913.160	19,25	78,46	2,27	61.754	77,62	10.213	15,33
2012	2.905.789	19,28	78,37	2,34	61.779	77,50	10.794	15,79
2013	2.904.027	19,28	78,32	2,39	62.775	78,89	11.068	15,89
Variação proporcional	-10,8	-16,75	-6,34	35,03	18,20	27,05	142,99	101,27
B	-24,541	-0,34	0,36	0,04	806	1,49	490	0,64
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

\* Proporção em relação ao total dos nascimentos/ano; \*\* Proporção em relação ao total dos nascimentos da faixa etária/ano.  
Fonte: SINASC/MS

40 e mais anos de idade (223,88%), proporção 30 vezes maior que o verificado nas outras faixas etárias, em 2013 (Tabela 4).

A variação proporcional dos nascimentos com baixo peso também foi maior entre as mães da faixa etária mais elevada (32,84%), enquanto entre os filhos das adolescentes registrou-se redução significativa ( $p < 0,001$ ). A prematuridade apresentou uma variação mais marcante com tendência crescente significativa em todas as faixas etárias (Tabela 4).

A razão de mortalidade materna apresentou redução média anual de 1,09 chegando em 2011 a 64,75 óbitos para cada cem mil NV. As taxas de mortalidade de crianças também reduziram. O coeficiente de mortalidade neonatal passou de 13,49 para

9,20/1.000. Enquanto a mortalidade perinatal reduziu de 22,95 para 17,79/1.000 nascimentos (Tabela 5).

O número de óbitos infantis reduziu significativamente, entretanto, aproximadamente 70,00% ocorreram por causas evitáveis, vitimando mais de 26.900 crianças em 2013. Entre os grupos de causas, aqueles relacionados à adequada atenção à gestação e ao parto apresentaram crescimento significativo ( $p < 0,001$ ) com variação proporcional de 33,00% (Tabela 5).

Entre os óbitos maternos, a maioria das mortes esteve ligada às causas obstétricas diretas, com redução média anual de 0,70% de óbitos (Tabela 5).

**Tabela 4**

Nascidos vivos com síndrome de Down, baixo peso ao nascer e prematuridade, segundo faixa etária das mães. Brasil, 1999 e 2013.

Variáveis	1999		2013		1999 a 2013		
	n	*%	n	*%	Variação Proporcional	Tendência	
						B	p
<b>Síndrome de Down</b>							
10 a 19 anos	27	0,00	66	0,01	144,44	0,7	0,53
20 a 39 anos	251	0,01	530	0,02	111,16	12	0,06
40 e mais anos	67	0,17	217	0,31	223,88	7	0,01
<b>Baixo peso ao nascer</b>							
10 a 19 anos	66.201	8,78	53.159	9,49	-19,70	-1.198	<0,001
20 a 39 anos	170.807	7,12	185.570	8,16	8,64	1.092	<0,001
40 e mais anos	6.318	10,93	8.393	12,05	32,84	127	<0,001
<b>Prematuridade</b>							
10 a 19 anos	32.841	4,35	74.396	13,29	126,53	1480	0,03
20 a 39 anos	84.034	3,50	248.504	10,93	195,72	8184	<0,001
40 e mais anos	2.618	4,53	10.548	15,14	302,90	412	<0,001

\* Proporção em relação ao número total de nascimentos da faixa etária/ano.  
Fonte: SINASC/MS

Tabela 5

Mortalidade materna e infantil segundo grupos de causas. Brasil, 1999 a 2013.

Ano	*Razão Morte Materna	**Coef. Mortalidade Neonatal	**Coef. Mortalidade Perinatal	Óbitos infantis evitáveis		Óbitos infantis não evitáveis	Óbitos maternos			
				Adequada atenção à gestação e parto	Adequadas atenções ao feto e RN		Ações de promoção à saúde	Total	Causas Obstétricas Diretas	Causas Obstétricas Indiretas
		%	%	%	%	%	%	%		
1999	92,26	13,49	22,95	40,42	31,31	13,98	48.541	70,99	26,02	1.868
2000	73,30	13,60	22,71	41,01	32,11	12,93	46.490	75,19	21,23	1.677
2001	70,91	12,92	22,31	41,28	32,98	12,57	42.760	76,60	19,78	1.577
2002	75,87	12,64	21,75	43,29	31,63	12,44	40.959	73,41	23,75	1.655
2003	72,99	12,27	21,41	44,26	29,75	12,78	39.679	74,57	21,76	1.553
2004	76,09	11,86	20,80	45,82	29,78	11,67	37.290	70,93	24,44	1.641
2005	74,68	11,33	19,76	46,22	29,32	11,67	36.193	73,70	22,72	1.620
2006	77,16	11,07	19,70	50,56	26,64	10,82	34.036	71,78	25,75	1.623
2007	76,99	10,66	19,02	51,17	27,54	9,73	31.957	74,03	23,40	1.590
2008	68,73	10,28	18,62	52,08	27,56	9,21	30.755	71,15	25,34	1.681
2009	72,00	10,14	18,67	51,82	28,28	8,65	29.722	63,25	34,67	1.872
2010	68,20	9,67	18,06	54,15	27,00	8,30	27.565	66,72	30,66	1.719
2011	64,75	9,45	17,85	53,46	27,59	7,77	27.469	66,46	29,88	1.610
2012	-	9,33	17,97	53,20	27,63	8,04	26.899	65,57	31,27	1.583
2011	-	9,20	17,79	53,76	26,00	8,48	26.930	68,03	28,53	1.686
Varição proporcional	-29,82	-31,80	-22,48	33,00	-16,96	-39,34	-44,52	-4,17	9,65	-9,74
B	-1,09	-0,34	-0,41	1,11	-0,43	-0,46	-1593	-0,68	0,70	-1,46
p	0,02	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,80

\* Por 100.000 Nascidos Vivos; \*\* Por 1.000 Nascidos Vivos; RN= recém-nascido.  
Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA; SIM/MS).

## Discussão

Nos quinze anos estudados, do total dos nascimentos quase 3/4 foram realizados na rede do SUS. Houve nessa rede um crescimento substantivo de cirurgias cesarianas. As taxas bem mais elevadas que os 15% máximos recomendados pela OMS situaram o Brasil como líder no ranking de partos operatórios no mundo, quadro crítico e desafiador para a assistência ao parto.

Com a maior prevalência de cesáreas (56,7%)<sup>19</sup> do mundo, o Brasil se aproxima dos valores da Turquia (50,4%), México (45,2%), Chile (44,7%), e muito superior à Dinamarca (22,2%), Suécia (16,4%) e Holanda (15,6%).<sup>20</sup>

O modelo assistencial tecnocrático pautado na supervalorização da tecnologia médica, medicalização e hospitalização do parto, na rede pública ainda que prevaleçam os partos vaginais, “a prática assistencial é excessivamente ritualística, intervencionista e não baseada em evidências científicas”<sup>21</sup>

O número de partos reduziu nos quinze anos avaliados, entretanto, a gravidez na adolescência se manteve elevada. Entre as mulheres com 40 anos e mais de idade, as primíparas aumentaram em mais de 100%, caracterizando a postergação do nascimento do primeiro filho no País.

Nessa faixa etária, a idade representa um fator de risco independente para placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, parto cesáreo e mortalidade perinatal, inclusive natimorto. Portanto, o papel da vigilância pré-natal de rotina entre essas gestantes exige uma investigação mais aprofundada.<sup>22</sup>

A Síndrome de Down foi mais frequente entre os filhos de mulheres com 40 e mais anos de idade, assim como o baixo peso ao nascer (BPN), este ultrapassando os 10% aceitáveis de acordo com a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança.<sup>23</sup> A prematuridade apresentou um crescimento marcante, entre os nascimentos das mães em todas as faixas etárias. Esses fatores representam risco direto para a morbidade, mortalidade e desenvolvimento das crianças.

O nascimento de crianças com baixo peso está associado à baixa qualidade e equidade no pré-natal, excesso de intervenções médicas e aumento da prematuridade. A prevenção da prematuridade requer atenção pré-natal adequada e oportuna, e o controle das cesarianas sem indicação técnica.<sup>2,3,23,24</sup>

O significativo crescimento do número das consultas de pré-natal identificado no estudo revela a ampliação do acesso à assistência durante a gestação. Entretanto, estudos têm demonstrado que, ape-

sar da alta cobertura, a assistência pré-natal não apresenta qualidade satisfatória, comprometendo a prevenção, diagnóstico e tratamento das mães e bebês.<sup>12,25,26</sup>

A redução dos óbitos neonatais e perinatais ocorreu em ritmo lento com cerca 0,3 óbitos/1.000 NV por ano. Além disso, houve um aumento nas causas evitáveis dos óbitos infantis relacionadas à adequada atenção na gestação e parto. O lento decréscimo dos óbitos neonatais frente à redução substancial da mortalidade infantil aponta para a falta de integração entre a assistência pré-natal e o parto, e às altas taxas de cesarianas, muitas vezes desnecessárias. A predominância das causas de óbitos preveníveis por adequada atenção na gestação e parto evidencia a necessidade de qualificar a assistência durante a gestação e parto.<sup>5,27</sup>

A razão de morte materna manteve-se persistentemente elevada e a maioria dos óbitos esteve relacionada às causas obstétricas diretas, principalmente por hipertensão e hemorragias, preveníveis em sua maioria com acompanhamento no pré-natal e atenção ao parto e nascimento de qualidade, contexto que sugere falhas na adequação e qualidade da assistência obstétrica, desde o pré-natal até o pós-parto imediato.<sup>27</sup> No mundo, nas últimas décadas, A Razão de Morte Materna reduziu em ritmo bem mais acelerado que observado no Brasil, e nos países onde esses óbitos apresentam valores aceitáveis, conforme classificação da OMS, predominam as causas de morte indiretas.<sup>6,28,29</sup>

Os resultados do presente estudo apontam para possíveis problemas na qualidade da assistência obstétrica hospitalar e no pré-natal, quando o aumento em sua cobertura ocorreu simultaneamente ao crescimento dos óbitos infantis preveníveis por adequada atenção na gestão e parto; da prematuridade; do baixo peso; da síndrome de Down; e manutenção das mortes maternas por causas obstétricas diretas.

Nos quinze anos estudados, houve profundas transformações, que demonstram que a situação crítica do modelo de assistência ao parto no Brasil ainda não foi superada, e representa um cenário desafiador. Persiste hegemônico o modelo tecnocrático de assistência ao parto, frente às mudanças observadas no perfil das mães e nascimentos, com redução lenta dos óbitos perinatais e neonatais e manutenção de elevada mortalidade materna. Denunciando que o sistema precisa se organizar para solucionar antigos problemas e atender às novas demandas, direcionando esforços para garantia do cuidado que assegure o direito ao parto e nascimento seguros e saudáveis.



## Referências

- Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Lea MC. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl): S128-S139.
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Pesquisa Nascer Brasil: Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S17-S47.
- Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer Brasil: Perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S192-S207.
- Carneiro RG. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2015. 328p.
- Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias TAF, Ferrari LL, Mesas AE. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (3): 907-16.
- Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35 (12): 533-5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília; 2009.
- Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAF, Neto OLB, Ferraz W, Souza MFM. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16 (4): 233-44.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Brasília, DF; 2009.
- Pontes, MGA, Lima GMB, Feitosa IP, Trigueiro JVS. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2014; 12 (1): 69-78.
- Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (4): 682-91.
- Radis, Comunicação e Saúde: acesso e humanização, direitos da mãe e do bebê. Editora FIOCRUZ, 2012; 117. Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/117/radis\\_117.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/117/radis_117.pdf)
- Organización Panamericana de La Salud (OPAS). *Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud*. Boletín Epidemiológico, Washington, Organización Panamericana de la Salud; 1999. p. 1-3.
- Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informações em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (10): 2095-2109.
- Mota E, Carvalho DMT. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N (Org.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. cap. 21. p. 605-28.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Diretoria de pesquisas. *Coordenação de população e indicadores sociais. Gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000 – 2060*. [acesso em 20 out 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>
- RIPSA (Rede Interagencial de Informação para a Saúde). *Indicadores e Dados Básicos para a saúde no Brasil 2012*. [acesso em 5 out 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>
- Montgomery DC, Jennings CL, Kulachi M, editors. *Introduction to Time Series Analysis and Forecasting*. 1 ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2015. [acesso em 20 out 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Organization for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2015*. Paris: OECD Publishing; 4 nov 2015.
- Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (5): 895-902.
- Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos KM. Parto e idade: características do Estado do Rio Grande do Sul. *Rev Saúde*. 2013; 39 (2): 99-108.
- Organização das Nações Unidas (ONU). *Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança*. Nova Iorque: ONU; 1990.
- Capelli JCS, Pontes JS, Pereira SEA, Silva AAM, Carmo CN, Boccolini CS, Almeida MFL. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (7): 2063-72.
- Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 789-800.
- Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (3): 425-37.
- Barros FC, Matijasevich A, Requeio JH, Giugliani E, Maranhão EG, Monteiro CA, Barros AJD, Bustreo F, Meriáldi M, Victora CG. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health*. 2010; 100 (10): 1877-89.

28. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Souza Jr. PRB, Victora CG. Pesquisa Nascer Brasil: Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Supl. 1): S71-S83.
29. Laurenti R, Mello Jorge MH, Gotlieb LD. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55 (1): 64-9.

---

Recebido em 14 de dezembro de 2015

Versão final apresentada em 14 de março de 2016

Aprovado em 7 de abril de 2016