

ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: UMA AGENDA PARA O SÉCULO 21



@ 2021 UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial. A responsabilidade pela cessão dos direitos autorais e textos e imagens desta obra é do UNICEF e da ReHuNa.

Realização

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF
ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

Organizadora: Daphne Rattner

Autoria: Ana Lúcia Keunecke, Carla Andreucci Polido, Dácio de Lyra Rabello Neto, Daphne Rattner, Jéssica Alves da Silva, Julia Cristina do Amaral Horta, Kleyde Ventura, Maria Esther de Albuquerque Vilela, Paulo Borem, Ricardo Herbert Jones, Simone Grilo Diniz, Sonia Isoyama Venancio, Sônia Lansky, Tereza Setsuko Toma

Revisão de conteúdo: Cristina Albuquerque

Revisão do texto: Denise Yoshie Niy e Larissa Menon Rodrigues

Capa: Bia Fioretti

Elaboração e informações:

UNICEF no Brasil
SEPN 510, Bloco A - 2º andar Brasília,
DF - 70750-521
Telefone: (61) 3035 1900
e-mail: brasil@unicef.org
Homepage: www.unicef.org.br
facebook.com/unicefbrasil /
twitter.com/unicefbrasil /
instagram.com/unicefbrasil /
www.youtube.com/unicefbrasil

Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SHCN CL 113, Bl “B”, sala 106, Brasília-DF
CEP: 70.763-020
(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951
e-mail: sec.rehuna@gmail.com
Homepage: <http://www.rehuna.org.br>
facebook.com/rederehuna /
instagram.com/rehunabrasil

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

A848 Assistência ao parto e nascimento : uma agenda para o século 21 [recurso eletrônico] / [organizadora Daphne Rattner]. — 1. ed. — Brasília : Unicef : ReHuNa, 2021. Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-487-6

1. Parto (Obstetrícia). 2. Obstetrícia social.
3. Direitos reprodutivos. 4. Saúde pública. 5. Brasil - Políticas de saúde. 6. Saúde da mulher. I. Rattner, Daphne. II. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). III. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). IV. Título.

CDD 618.45

Títulos para indexação:

Em inglês: Childbirth care: an agenda for the 21st century

Em espanhol: Atención al parto y nacimiento: una agenda para el siglo 21

apresentação



Foi com grande satisfação que recebemos o convite da UNICEF para elaborar este documento. A parceria do UNICEF com o movimento pela humanização da atenção ao parto e nascimento tem trajetória, desde os anos noventa do século passado: quando o reconhecimento da inadequação da atenção perinatal em nosso país apenas despontava, compartilhávamos nossa indignação com o excesso de intervenções, principalmente cesarianas desnecessárias, situação que se agravou neste início de século, ultrapassando a marca de 50% dos nascimentos.

Todavia, a proposta, desta vez, foi de maior vulto: tratava-se de elaborar um documento-base com vistas a engajar parceiros nacionalmente, objetivando definir e implementar estratégias de comunicação e advocacy que contribuíssem para a redução do número de cesarianas desnecessárias e a valorização do parto e nascimento humanizados no Brasil. Nas conversas preliminares, acordou-se que também haveria informações de indicadores sobre a atenção perinatal brasileira.

Aceitamos o desafio e este documento é o resultado de nosso trabalho, que contou com a contribuição de ativistas de peso e aborda algumas das múltiplas perspectivas que esse rico campo admite: a questão conceitual e filosófica sobre o que se entende por humanização na atenção a partos e nascimentos; o diagnóstico da assistência, com a abordagem epidemiológica, que traz alguns indicadores de acesso, qualidade e resultados, identificando grupos vulneráveis, mas também com reflexões sobre como a assistência é evitada de desrespeito e maus tratos, o que ocorre internacionalmente, segundo documento da própria Organização Mundial de Saúde; uma reflexão bem fundamentada sobre como tem se processado o ensino de Obstetrícia; uma síntese das evidências científicas sobre parto normal e cesariana, efeitos a curto, médio e longo prazo; um relato das mais recentes políticas públicas que têm, corajosa e ousadamente, buscado abordar essa problemática; um texto breve sobre a atuação dos movimentos sociais, indispensáveis para identificar problemas e apontar possibilidades de ação; um levantamento dos documentos internacionais atinentes à atenção perinatal; e finalizando, algumas recomendações para provedores de assistência, gestores de serviços e gestores de sistemas de saúde, apontando caminhos para que consigamos redirecionar a atenção perinatal no sentido das boas práticas.

Acreditamos que conseguimos condensar o estado da arte e do conhecimento desse rico campo nestas páginas e esperamos que esse conhecimento possa ser útil para mobilizar profissionais, gestores, lideranças, formadores de opinião e a população em geral - e é com grande satisfação pelo resultado de nosso trabalho que lhes oferecemos a leitura de nossa proposta de agenda para o século 21, referente à assistência ao parto e nascimento.

Daphne Rattner
pela ReHuNa

O Brasil obteve grandes avanços nas políticas voltadas para a saúde infantil nas últimas décadas, que se refletiram na redução da mortalidade infantil e no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) antes do prazo esperado (uma redução de 73%, acima dos 2/3 estabelecidos). A Taxa de Mortalidade Infantil passou de pouco abaixo de 50 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 1990 para pouco menos de 20 óbitos por 1.000 NV em 2015, sendo estimada em 12,8 por 1.000 NV em 2017¹.

Em relação à saúde materna, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) caiu de 143,2 mortes por 100 mil NV em 1990 para 62 mortes por 100 mil NV em 2015. No contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta nacional definida para o Brasil contempla a redução da RMM para no máximo 30 mortes por 100 mil NV até 2030. Entretanto, as estimativas para 2019 estão em 57,9 mortes por 100 mil NV², sendo que aproximadamente 92% das mortes maternas são consideradas evitáveis³.

Avanços importantes ocorreram na consolidação de políticas públicas, como o estabelecimento da Rede Cegonha, com o objetivo de garantir o acesso, o acolhimento e a qualidade na atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento. Entretanto, ainda há muito a ser feito para a garantia dos direitos da mulher e da criança, principalmente no que se refere à atenção humanizada e à qualidade do pré-natal, do parto e do nascimento. Embora existam inúmeros protocolos e iniciativas para a promoção da humanização do parto, muitas condutas, atitudes e práticas inadequadas ainda são observadas na assistência obstétrica e neonatal.

Considerando o expressivo aumento da cobertura da assistência pré-natal, ainda são necessárias melhorias na sua qualidade tendo em vista o aumento sustentado dos casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, eventos sentinela da qualidade da assistência pré-natal.

No Brasil, um dos fatores que dificulta a redução da mortalidade materna é o elevado número de partos cesáreos eletivos e/ou sem indicação com base em evidências científicas, tornando-se um desafio inclusive para a saúde pública, provocando riscos desnecessários à mulher e à criança, além de custos adicionais para o sistema de saúde. O País é o segundo do mundo com as maiores taxas de cesárea e intervenções excessivas em mulheres e bebês, privando-os dos benefícios do trabalho de parto e aumentando os riscos de prematuridade, morte materna e óbito neonatal, e os efeitos de curto e longo prazo para a mãe e o bebê.

O UNICEF é comprometido com a promoção dos direitos de todas as mulheres gestantes, todos os recém-nascidos e todas as crianças, advogando pela melhoria da qualidade e da humanização dos serviços oferecidos a cada um deles. Mudanças são urgentes para que haja impacto significativo na saúde da mulher e da criança, garantindo-lhes o direito à vida e reduzindo a mortalidade materna e neonatal, resultando também no alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Sendo assim, o objetivo deste documento, elaborado em parceria com a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), foi levantar os dados do Brasil, evidências científicas, reflexões, boas práticas e recomendações de extrema importância para a sensibilização e a mobilização de diversos atores em prol da garantia dos direitos à vida e ao respeito de mulheres gestantes, neonatos e crianças, especialmente de segmentos e territórios mais vulneráveis.

Não podemos deixar ninguém para trás.

UNICEF

¹ BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade por sexo e idade, para o Brasil, para o ano de 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018

² Razão de Mortalidade Materna definida pela pesquisa de Busca Ativa.

³ Razão de Mortalidade Materna definida pela pesquisa de Busca Ativa.

sumário

Conceitualização	13
Modelos de atenção tecnocrático, humanista e holístico.....	18
Contexto atual da assistência obstétrica	24
Atenção perinatal no Brasil: alguns indicadores de acesso e qualidade	27
Violações dos direitos das mulheres na atenção ao parto e nascimento.....	39
Breve histórico dos movimentos de mulheres contra as violações de direitos, o desrespeito e os maus-tratos na assistência obstétrica.....	39
Origens do tema do abuso e desrespeito na assistência obstétrica.....	39
Abuso, desrespeito e maus-tratos na assistência obstétrica no Brasil.....	40
Definições e termos acerca do abuso e desrespeito na assistência obstétrica	41
Abuso, desrespeito e maus-tratos no parto são uma forma de violação de direitos humanos.....	44
O ensino de obstetrícia.....	47
O parto normal	51
Benefícios do parto normal para a mulher.....	53
Benefícios do parto normal para o bebê.....	54
A contribuição das doulas para o parto normal	55
A cesariana.....	59
Possíveis consequências para a saúde das mulheres.....	61
Possíveis consequências de curto prazo para as mulheres	62
Possíveis consequências de médio e longo prazos para as mulheres	63
Possíveis consequências de curto e médio prazos para a criança.....	65
Efeitos sobre a morbidade e mortalidade neonatal	65
Efeitos sobre transfusão sanguínea placentária e índices hematológicos relacionados ao ferro.....	66
Efeitos sobre a amamentação	66
Efeitos sobre o contato pele a pele (imediate ou na primeira hora de vida).....	67
Efeitos de longo prazo para a saúde da criança.....	67
Relações com diabetes mellitus tipo 1.....	68
Influência de fatores pré, peri e neonatais sobre o desenvolvimento de autismo.....	68
Efeitos sobre a asma em crianças.....	69
Consequências sociais e para o sistema de saúde.....	69
As políticas emanadas do Ministério da Saúde.....	71
Breve histórico.....	73
Sobre a Rede Cegonha.....	74
O papel dos movimentos de mulheres	82
Recomendações de organismos internacionais.....	87
Considerações finais e recomendações.....	92
Referências bibliográficas	98
Apêndice.....	112
Equipe de Elaboração.....	173



lista de quadros

Quadro 1:	
Indicadores de atenção perinatal e fonte de informação, por dimensão.....	28
Quadro 2:	
Critérios de Robson para classificação das indicações de cesariana.	32
Quadro 3:	
Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de abuso e desrespeito na assistência obstétrica.	43
Quadro 4:	
Resumo de alguns processos referentes a práticas de atenção a partos.	46
Quadro 5:	
Reduzindo cesáreas no sistema de saúde municipal: o exemplo de Belo Horizonte.....	76
Quadro 6:	
O projeto Apice-ON Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.....	77
Quadro 7:	
Cursos de formação/capacitação em enfermagem obstétrica no Brasil: preparando profissionais para a mudança de modelo	78
Quadro 8:	
Reduzindo cesáreas na saúde suplementar: o Projeto Parto Adequado.....	80
Quadro 9:	
Relato de caso: Unimed de Jaboticabal	69
Quadro 10:	
Alguns casos de atuação do movimento social	85
Quadro 11:	
Iniciativas de organismos internacionais referentes à humanização da atenção perinatal*	90

lista de gráficos

Gráfico 1:

Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Brasil, macrorregiões e mulheres indígenas, 2000-2015. 29

Gráfico 2:

Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por mil nascidos vivos). Brasil e macrorregiões, 2001-2017. 30

Gráfico 3:

Coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas*, segundo características selecionadas da mulher. Brasil, 2000-2017. 31

Gráfico 4:

Proporção de nascimentos hospitalares, segundo características selecionadas da mãe. Brasil, 2000-2017. 31

Gráfico 5:

Taxas de cesárea, segundo grupos de Robson. Brasil, 2017. 33

Gráfico 6:

Proporção de nascimentos prematuros segundo via de nascimento. Brasil, 2000-2010*. 34

Gráfico 7:

Razão de mortalidade materna bruta e corrigida. Brasil, 2000-2017. 35

Gráfico 8:

Coeficiente de mortalidade infantil segundo características selecionadas da mãe. Brasil, 2000-2017. 36

Gráfico 9:

Coeficiente de mortalidade neonatal precoce segundo características selecionadas da mãe. Brasil, 2000-2017. 81

Gráfico 10:

Coeficiente de mortalidade perinatal características da mãe. Brasil, 2000-2017. 85



**siglas e
abreviaturas**

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BID: Banco Interamericano de Desenvolvimento

CPN: Centro de Parto Normal

Febrasgo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Figo: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

Jhpiego: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics

MNNP: Mortalidade neonatal precoce

MSH: Management Sciences for Health

NV: Nascidos Vivos

OMS: Organização Mundial da Saúde

PHPN: Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

ReHuNa: Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinasc: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS: Sistema Único de Saúde

UNFPA: Fundo de População das Nações Unidas

Unicef: Fundo das Nações Unidas para a Infância

Usaid: United States Agency for International Development

WHO: World Health Organization

WRA: White Ribbon Alliance



Conceitualização



Segundo Behruzi (2010), a concepção prevalente na cultura ocidental vigente compreende o parto como um evento médico, que a qualquer momento pode se tornar de alto risco e necessitar de procedimentos mais invasivos. É importante que profissionais reflitam e revejam essa concepção e adotem como pressuposto que parto e nascimento são eventos naturais da vida, essenciais para a reprodução de nossa espécie no planeta e que, portanto, devem ser considerados processos fisiológicos. Evidentemente, em algumas gestações e partos ocorrerão problemas de saúde, com riscos para a mulher e para o bebê. Todavia, é importante ter em mente que a maioria das gestações e dos partos pode transcorrer sem complicações e que as necessidades de atendimento, nesses casos, são diferentes das que, pelo surgimento de uma eventualidade, demandam uma assistência mais invasiva.

Para tal é importante definir o que seria um atendimento humanizado ao processo fisiológico e, consultando a literatura, identifica-se que o conceito do que é atenção humanizada a partos e nascimentos está em constante processo de discussão e aprimoramento. Diniz (2005) identificou os muitos sentidos que o termo assume para os movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento do Brasil, o quão polissêmico pode ser esse termo, pois apresenta uma variedade de interpretações, por exemplo, a legitimidade científica (a partir da Medicina Baseada em Evidências), ou a legitimidade política da reivindicação e da defesa dos direitos das mulheres (e crianças e famílias) na assistência ao nascimento; ou o resultado da utilização da tecnologia de forma adequada para a saúde da população e ainda vários outros significados.

Dada a variedade de leituras possíveis, é necessário identificar de que forma o conceito será entendido neste documento. Um marco importante para essa definição corresponde à realização da Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para Partos e Nascimentos, pelo escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Fortaleza, em 1985 (WHO, 1985), com obstetras (*midwives*), obstetras, pediatras, epidemiologistas, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores de saúde e mães. Os participantes indicam então a necessidade de revisar o modelo biomédico de atenção à gestação e ao parto, uma vez que a medicalização excessiva não permite respeitar os direitos das mulheres a uma assistência adequada, pois desconsidera suas necessidades e expectativas e não promove sua autonomia. Em decorrência dessa análise, são publicadas recomendações para que se utilize a tecnologia de forma apropriada e que se evitem certas práticas então adotadas de forma sistemática, trazendo uma primeira menção ao que viria a ser chamado de Medicina Baseada em Evidências. Desde então, vários autores têm proposto a humanização na atenção a partos

e nascimentos relacionando a desumanização com um alto grau de uso de tecnologia. Contudo, por si só, um parto sem uso de tecnologias invasivas não é sinônimo de um parto humanizado, e daí a necessidade de se aprofundar a reflexão sobre o conceito.

Outro marco documental foi o informe *Changing Childbirth*, publicado em 1993 pelo Departamento de Saúde do Reino Unido (DOH, 1993), com recomendações fundamentais para um modelo humanizado de atenção a partos e nascimentos baseado em três princípios: o primeiro recomenda que o parto promova a autonomia da mulher, fazendo-a sentir que tem o controle sobre o que está sucedendo, e introduz a necessidade de diálogo entre prestadores de cuidado e a mulher, de forma que ela possa participar das decisões sobre seu cuidado; o segundo recomenda a garantia do acesso a um atendimento de qualidade, que deve responder às necessidades manifestadas pela mulher; e o terceiro recomenda a participação das mulheres nos serviços, gerando uma escuta que reorienta a prestação dos cuidados, e, ainda, que o cuidado seja eficaz e que os recursos sejam utilizados de forma eficiente.

No Brasil, o workshop Humanizando o Nascimento e o Parto, realizado em 1997 pelo Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (GENP, 2005), do Instituto de Saúde, São Paulo, propôs a seguinte conceituação:

- humanização é respeitar a individualidade das pessoas e saber ver e escutar o outro, permitindo a adequação da assistência segundo a cultura, as crenças, os valores e a diversidade das opiniões das mulheres, assim como respeitar o princípio hipocrático *Primum Non Nocere* ('em primeiro lugar, não causar dano');
- respeito no acompanhamento ao processo fisiológico, contribuindo para a evolução natural do processo e corrigindo os desvios da normalidade;
- respeito à integralidade da mulher como ser biológico e social, oferecendo o suporte emocional necessário;
- garantia da presença de acompanhante.

Em 2000, na I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Fortaleza, Brasil, é elaborada a seguinte definição: “[a humanização] É um processo de comunicação e cuidado entre as pessoas que leva à autotransformação e à compreensão do que é fundamental na vida” (UMENAI *et al.*, 2001). Trabalhos posteriores propõem o entendimento de que o cuidado deve levar em conta os fatores familiares, psicológicos, sociais, etnológicos e espirituais da mulher e valorizar seu estado emocional, seus valores, crenças e sentido de dignidade e autonomia durante o parto (BIURRUN-GARRIDO; GOBERNA-TRICAS, 2013). Marsden Wagner, que foi do escritório europeu da Organização Mundial da Saúde, publica um artigo de referência relacionado à I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, trazendo a crítica de que humanizar é considerar a mulher como um ser humano, e não como uma máquina de fazer bebês (WAGNER, 2001). Para ele, humanizar é colocar a mulher no centro e controle do processo, com responsabilidade sobre as decisões referentes ao cuidado. O autor critica o uso inadequado de tecnologias, o que tenderia a desumanizar a atenção, e recomenda a adoção de procedimentos apenas se estiverem baseados em evidências científicas, associando a humanização a essa conduta.

Ainda nessa publicação da Conferência Internacional, Robbie Davis-Floyd (2001) salienta que é necessário humanizar a tecnomedicina para que seja compassiva, sensível, individualizada, relacional e orientada para a comunidade. Ela identifica que o termo biopsicossocial poderia traduzir uma visão humanista no cuidado, uma vez que integra as abordagens biológica e psicológica, e o entor-

no social, reconhecendo que corpo e mente se inter-relacionam e que é necessário que o cuidado considere todas essas dimensões. Davis-Floyd ainda propõe que se reconheça a gestante como uma pessoa, não como uma paciente, e que os profissionais estabeleçam conexão e comunicação com ela. Nessa comunicação devem fluir informações sobre as possibilidades de escolha, e quais são os riscos e benefícios de cada uma delas, de forma a permitir que a mulher faça suas escolhas de forma consciente. Também propõe que o cuidado seja baseado em evidências científicas e ainda que leve em consideração as relações da mulher com a família e com os profissionais de saúde.

Marsden Wagner (2008) propõe em trabalho subsequente que quatro fatores são necessários para que a atenção ao parto e nascimento seja considerada humanizada:

- a) o contexto deve permitir que a mulher seja a pessoa a tomar as decisões;
- b) para gestações sem complicações, deve-se oferecer a ambiência para o parto na atenção primária, reservando-se a atenção secundária para os casos que dela necessitem;
- c) introduz-se a noção do trabalho colaborativo entre os prestadores de cuidado (médicos obstetras, obstetras, enfermeiras, doulas e outros), trabalhando em harmonia numa relação horizontal;
- d) os serviços de atenção à gestação e à maternidade devem basear seus cuidados em evidências científicas.

O cuidado inclui atividades como: acompanhamento pré-natal; controle do bem-estar físico, psicológico, emocional e social da mulher, na gestação, no parto e pós-parto; aconselhamento e atividades educativas durante todo o ciclo gravídico-puerperal; assistência continuada durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato; apoio continuado durante o puerpério; uso apropriado de intervenções e tecnologias; identificação e encaminhamento/tratamento das mulheres que requeiram uma atenção especializada, obstétrica ou de outras especialidades.

Para Behruzi *et al.* (2010) não há conflito entre atenção humanizada e o cuidado em situações de alto risco obstétrico ou neonatal. Todavia, essas situações podem gerar barreiras para que esse cuidado seja efetivado de forma humanizada, tais como: a pressão da responsabilidade pela segurança da mãe e do feto; falta de envolvimento da mulher nas decisões que dizem respeito à sua situação e a sobrecarga de responsabilidade dos profissionais; temor de judicialização em caso de evento desfavorável; e o fato de que obstetras (*midwives*) não estão autorizadas a assistir a gestações de alto risco. Fatores facilitadores em situações de alto risco seriam: compartilhamento das decisões e responsabilidades entre os profissionais e a mulher e sua família, uma vez que isso amplia a satisfação da mulher com a experiência do parto, seu sentimento de estar no controle da situação e sua confiança; ser atencioso e 'cuidador' (*caring*, no sentido de cuidar, importar-se, interessar-se); manejo do estresse e o fato de que a boa relação e a melhor comunicação entre o profissional de saúde e a mulher proporcionam um ambiente com menos estresse para ambos. A atenção humanizada em situações de alto risco vai além da cura do problema de saúde. Segundo as autoras, é um símbolo de 'cuidado' (*caring*), com suporte contínuo, que consolida a relação entre a mulher e a equipe de saúde. É de suma importância, ainda, levar em conta a situação emocional da mulher de forma integrada ao cuidado, principalmente em situações de maior severidade.

Concordamos com a reflexão de Biurrun-Garrido e Goberna-Tricas (2013), e consideramos que a conceptualização de humanização da atenção a partos e nascimentos ainda está em construção. Para o presente trabalho, propomos que seja adotada a proposta de Wagner (2008), mencionada anteriormente, acrescida das considerações de sua extensão e aplicação a gestações de alto risco.



**Modelos
de atenção
tecnocrático,
humanista
e holístico**



Ainda hoje existe grande confusão nos termos empregados nas várias formas de conceituar um parto; ainda há equívocos importantes no emprego dos termos parto normal, parto natural e parto humanizado.

Parto normal via de regra se refere a parto vaginal, aquele que ocorre de acordo com a programação genética do processo de parturição, fisiologicamente estabelecido e que culmina da forma mais natural possível. Assim sendo, usa-se o termo parto normal para contrapô-lo à cesariana ou nascimento cirúrgico através de fórceps ou vácuo-extração (parto instrumental). O parto natural é aquele em que nenhum tipo de intervenção externa (com exceção da linguagem) foi utilizada, mas normalmente é também chamado de humanístico, ou parto humanizado. Como mencionado anteriormente, o conceito de parto humanizado passa pelo entendimento da mulher como condutora do processo, ocupando a posição de protagonista, e não de maneira objetual e coisificada na qual é frequentemente colocada na atenção obstétrica cotidiana. Sem a restituição do protagonismo à mulher, todos os esforços na atenção ao parto poderão apenas sofisticar a tutela a ela imposta. Além disso, o parto humanizado se esmera em oferecer às parturientes uma assistência baseada em evidências científicas atualizadas e um ambiente propício ao estado alterado de consciência que ocorre no transcórre de um parto, principalmente pela ação do coquetel de hormônios que são produzidos durante o processo. A humanização do nascimento é uma corrente de pensamento que se expressa no mundo inteiro e que se propõe a dignificar o parto combatendo as interferências desnecessárias no processo fisiológico.

É frequente a confusão entre parto humanizado e parto domiciliar, como se somente longe dos ambientes hospitalares se pudesse oferecer às parturientes os elementos que caracterizam o parto dentro do modelo humanístico. Entretanto, não existe relação entre o conceito de parto humanizado e o local onde ele será realizado. Isto é, o parto pode ser humanizado ou não, independentemente se ocorrer em um hospital, numa casa de parto ou no domicílio. A humanização do nascimento é uma atitude de respeito ao protagonismo da mulher, à visão integrativa e interdisciplinar e à Medicina Baseada em Evidências. O local do parto, apesar de ser uma escolha importante para o conforto

e a segurança de toda a mulher, não qualifica (ou desqualifica) um parto humanizado.

Existem incontáveis maneiras de atender mulheres no parto, tantas quantas forem as almas e histórias que habitam seus corpos, e para cada mulher que transita por este rito de passagem será construída uma relação única, subjetiva, inigualável e irreprodutível deste evento. Todavia, é possível criar uma etnografia da assistência ao nascimento – num recorte transcultural e abrangente – que ofereça um viés comparativo entre modos preponderantes de interação entre cuidadores e pacientes. A partir de valores constitutivos, relacionados à maneira como o processo de nascimento é encarado pelos profissionais assistentes, foi possível estabelecer três grandes paradigmas, que foram agrupados nos modelos tecnocrático, humanista e holístico, classificação criada pela antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (1998, 2001).

O modelo tecnocrático é o preponderante na atualidade do mundo ocidental, influenciando também outras culturas. Baseia-se na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo (*res cogitans* x *res extensa*) e, como mencionado anteriormente, estabelece a máquina como metáfora para o corpo humano e privilegia a percepção do paciente como objeto. Nessa acepção, a mulher é dotada de uma estrutura física defectiva em essência. Como consequência desta visão diminutiva, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas se ampliam em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de uma maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica.

O modelo humanista entende o corpo humano como organismo (do grego *organismós*, ‘conjunto’), extrapolando a compreensão simplista do corpo como máquina complexa. Por ser conjunto, é entendido como a interação de aspectos somáticos com as manifestações anímicas, derivadas da linguagem e da razão. Mais que a banal soma de órgãos e tecidos, o corpo humano animado é caracterizado por expressões de ordem simbólica que se manifestam na relação com seus iguais, através da troca infinita de conhecimento e histórias contadas, no que se convencionou chamar de “cultura”. Humanistas do nascimento compreendem o parto como fenômeno integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais, extrapolando a visão limitante do biologicismo. O resultado se expressa na ênfase oferecida aos aspectos relacionais, no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com as pacientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para mãe e bebê. Ao mesmo tempo, entende-se a tecnologia como ferramenta essencial para resgate de casos patológicos que se afastam perigosamente da rota da fisiologia. Segundo Jones (2012):

A Humanização do Nascimento vem trazer a síntese entre as conquistas recentes da ciência, que nos oferecem segurança, com as forças evolutivas e adaptativas dos milênios que nos antecederam. Esta releitura do nascimento humano se faz necessária para acomodar as necessidades afetivas, psicológicas e espirituais das mulheres e seus filhos com as conquistas que o conhecimento nos trouxe através da aquisição crescente de tecnologia (p. 32).

Apesar do uso confuso, e por vezes claramente equivocado, desse termo, ele ainda se mostra útil. O termo “humanizado” se coloca ao lado da corrente de pensamento humanista, herdeira do Iluminismo do século XVIII. O Humanismo é a filosofia moral que estabelece o humano como elemento primordial na cultura. É uma perspectiva que se encontra em uma grande variedade de posturas éticas que atribuem a maior importância à dignidade, às aspirações e capacidades humanas, particularmente a racionalidade. Esta corrente de pensamento vem se contrapor ao teocentrismo da Idade Média, que ignorava as capacidades humanas de adaptação e transcendência e colocava em Deus as diretrizes e o destino da humanidade.

Esse modelo pretende oferecer interlocução criativa entre paradigmas conflitantes. Se o naturalismo aprisiona nos ditames inexoráveis de uma natureza imprevisível, a tecnocracia também encerra sob o domínio de uma tecnologia despersonalizante, coisificante e objetualizante, que se opõe

às aspirações humanas de liberdade e autonomia. Portanto, como enunciado no capítulo da contextualização, a humanização do nascimento apresenta uma proposta que se baseia em:

- protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem a qual seria apenas “sofisticar a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado;
- visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, em que aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas necessidades específicas, atendidas;
- vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.

Finalmente, o modelo holístico proposto por Davis-Floyd (1998, 2001) se baseia na compreensão do corpo humano como sendo formado por um campo energético em constante interação com outros campos de energia. Mais que funções orgânicas, existem relações de “energias”, que perpassam na interação entre sujeitos. Na abordagem holística, a origem das enfermidades está na desestabilização do sutil balanço que comanda essas energias que, ao se desarmonizarem, produzem doenças, buscando resgatar o equilíbrio perdido. Dessa maneira, as intervenções terapêuticas se dariam mais no plano “energético” e emocional que no veículo físico e denso, diminuindo, assim, os efeitos indesejáveis da intervenção mecânica ou de drogas sobre o organismo.

O modelo que parece ser o mais propício a ser estimulado, por congregar aspectos importantes das ciências sociais e da pesquisa médica, é o que se convencionou chamar de humanístico.

Humanizar o nascimento é restituir protagonismo para as mulheres e entender o nascimento como um evento social e humano, e não somente médico. É também reconhecer o nascimento como um evento de suma importância, sobre o qual atuam forças sociais, emocionais, psicológicas, afetivas espirituais e – acima de tudo – numa configuração subjetiva, única e intransferível. É respeitar as evidências científicas que orientam o trabalho das equipes de assistência, as intervenções e o cuidado aplicado às mulheres durante este período tão criativo de suas vidas.

O parto é um mergulho para dentro de si, um encontro inexorável com as questões mais íntimas e subjetivas, nas águas revoltas e escuras do inconsciente. Todavia, é também um pulo no oceano de palavras que nos circundam, nos envolvem e nos dão significado. Ambos os mergulhos produzem suas revoluções, suas agitações e giros, mas do choque produzido por tais saltos emerge uma gigantesca onda, cuja energia produz a característica única e irreprodutível de cada nascimento.

Somos muito mais do que mamíferos, e nossa conformação racional nos impõe características ímpares. Somos agentes da natureza, e não apenas submetidos à sua vontade. Somos seres de linguagem, vagamos no universo da palavra, volitamos sobre significados e significantes e não podemos ser analisados apartados da consciência que conquistamos e do meio onde estamos inseridos.

Para além disso, o nascimento humano é um ato social. Desde os primeiros momentos de nossa vida somos incluídos em uma sociedade em que diversos personagens circulam ao nosso redor. O nascimento não poderia ser diferente, em especial pelas características do parto humano, mais doloroso e demorado do que o de nossos ancestrais. Para entender o parto é preciso contextualizá-lo e ter um olhar abrangente sobre as forças adaptativas e dinâmicas do processo evolutivo agindo sobre nosso organismo. Por esta razão, uma visão interdisciplinar, com a devida consideração de todos os atores que fazem parte da cena de parto, é essencial.

Reconhecer a importância do suporte transdisciplinar é essencial para valorizar o parto normal humanizado. Muito mais do que treinar profissionais, adquirir aparelhos ou mudar a ambiência (que também tem importância, porém menor), é fundamental mudar a face e a cultura da atenção

ao parto. Esta tarefa pode ser realizada acrescentando os elementos que constituem a essência do suporte ao nascimento: o auxílio amoroso, cálido e contínuo que uma equipe de trabalho em sintonia pode oferecer às gestantes durante um dos momentos mais importantes para a continuidade da vida no planeta.



Contexto atual da assistência obstétrica¹

¹ O texto deste capítulo foi baseado em e adaptado de Rattner (2009)



O desenvolvimento ocorrido no século XX permitiu vislumbrar as possíveis aplicações da lógica industrial a outros setores da sociedade. Na medida em que ocorreu a transferência da atenção ao parto do domicílio para hospitais, tornou-se necessário organizá-la e identificou-se nesses espaços a possibilidade de se adotar essa lógica industrial. Embora inicialmente a hospitalização tenha impactado as então altíssimas taxas de mortalidade materna e neonatal, acarretou ao mesmo tempo uma mudança radical na forma como o parto era vivenciado pelas mulheres. O obstetra inglês Grantly Dick-Read costumava assistir partos domiciliares na Inglaterra nos anos 1930 e 1940 e reconhecia que no ambiente domiciliar as mulheres pariam com mais naturalidade, aparentemente sem temores e sem necessitar de medicação para alívio da dor. Ele comparou as mulheres atendidas em seus domicílios com as atendidas em hospitais e concluiu que muito do medo e da dor do parto que sentiam ocorria pelo ambiente hospitalar e pelas pessoas que as atendiam nesse ambiente, que as isolavam durante o trabalho de parto e lhes ofereciam clorofórmio ou outros narcóticos para alívio da dor, sem, todavia, tocá-las, apoiá-las ou encorajá-las. Ele publicou a primeira edição de seu livro *Childbirth without fear* em 1942, em que apresenta suas reflexões sobre as bases fisiológicas de como o medo pode interferir com o trabalho de parto e aumentar a dor e a ansiedade, assim como algumas técnicas e exercícios de relaxamento. Ele enfatiza a necessidade de conforto e apoio contínuos durante o trabalho de parto, uma proposta que viria a ser retomada no final do século XX (DICK-READ, 2011).

No paradigma de industrialização que também afetou o setor da saúde, o componente técnico sobrepôs-se ao componente do cuidado. A racionalidade mecânica ou industrial, que já trazia a preocupação com a produtividade, foi adotada em muitos aspectos da assistência. A atenção a partos e nascimentos, ainda que “dar à luz não seja uma doença ou processo patológico” (WAGNER, 1982), também seguiu o padrão industrial, e essa interpretação da necessidade de economia de tempo e produtividade pode ser encontrada atualmente em maternidades que agendam cesarianas como uma linha de produção de nascimentos, por conveniência de profissionais e instituições, apresentando taxas de 70% ou mesmo de 100% de cesarianas (RATTNER, 1996, 2009). Mesmo no parto normal, as rotinas se sobrepuseram ao cuidado individualizado e singularizado, retirando o protagonismo das mulheres e considerando-as objetos de cuidado, cultura que persiste em muitas instituições nos tempos atuais.

As universidades adotaram acriticamente essa visão desumanizada e mecanizada e, portanto, profissionais de saúde em formação aprendem que é dessa forma que se deve processar a assistência. Um dos mais conhecidos livros-texto de obstetrícia adota a metáfora “motor-objeto-trajeto” para ilustrar os mecanismos do parto: o útero como motor, o feto como objeto e o canal vaginal seria o trajeto (REZENDE, 1992), uma metáfora mecânica que desconsidera a humanidade da mulher, que é portadora do útero e da vagina, e a do bebê, considerado um mero objeto. Cabe salientar que esse processo de parto/nascimento, além de biológico, tem sido reconhecido como fenômeno cultural, social, sexual e espiritual, numa concepção holística (DAVIS-FLOYD, 1998).

Os aspectos psicológicos da interação entre parturientes e obstetras, modulada pelas relações de gênero, foram abordados por Lo Cicero (1993). Ela comenta que a diferença entre os gêneros se expressa com grande ênfase, uma vez que a abordagem do atendimento segue uma lógica masculina e muitos provedores de atenção obstétrica são do sexo masculino, ao passo que durante a atenção ao parto se explicita uma grande vulnerabilidade feminina. Esse enfoque mecanizado do processo predispõe a uma despersonalização do cuidado, agravada pela obrigatoriedade de a mulher se despojar de seus pertences por ocasião da admissão hospitalar, inclusive de itens como óculos, anéis, brincos, dentadura e roupas pessoais; ao mesmo tempo, em muitos estabelecimentos de saúde impõe-se a ela o uso de uma camisola que cobre apenas parcialmente seu corpo. Essas práticas são características do que Goffman denominou “instituições totais” (1985). Gomes *et al.* (2008) identificaram, em estudo qualitativo, situações que denominaram violência estrutural, violência institucionalizada e violência simbólica, adotando como exemplo o processo de internação num hospital geral do Nordeste. Já a italiana Franca Pizzini (1989) apresentou o processo de medicalização, dessexualização e despersonalização durante o atendimento a partos como se fosse um drama teatral, com prólogo, quatro atos e epílogo.

Disso resulta que na atualidade a atenção a partos e nascimentos está muito distante do que se conceituou na introdução, o que fortalece a proposta de mudança de modelo de atenção com ênfase na humanização.

Atenção perinatal no Brasil: alguns indicadores de acesso e qualidade

Para apresentar um retrato da atenção a gestações, partos e nascimentos no Brasil, foram selecionados alguns indicadores que contemplam as dimensões de acesso e de qualidade da atenção à gestação e ao parto, assim como indicadores de resultados. Foram utilizadas como fontes de dados as bases nacionais, disponíveis nos sistemas de informação (Sistema de Informações sobre Mortalidade - Sim, Sistema de Informações de Nascidos Vivos - Sinasc, Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan), e publicações oficiais do Ministério da Saúde, com dados referentes ao período de 2000 a 2015 (em alguns menos, período menor). Para identificar populações vulneráveis, os dados foram desagregados segundo as categorias de adolescentes (menores de 19 anos) e adultas (com 20 anos e mais), e os subgrupos de mulheres de raça/cor preta e parda e de mulheres indígenas. Os dados foram avaliados para o país, macrorregiões e unidades da Federação e as tabelas encontram-se no apêndice. O Quadro 1 sumariza os indicadores adotados e suas fontes de informação.

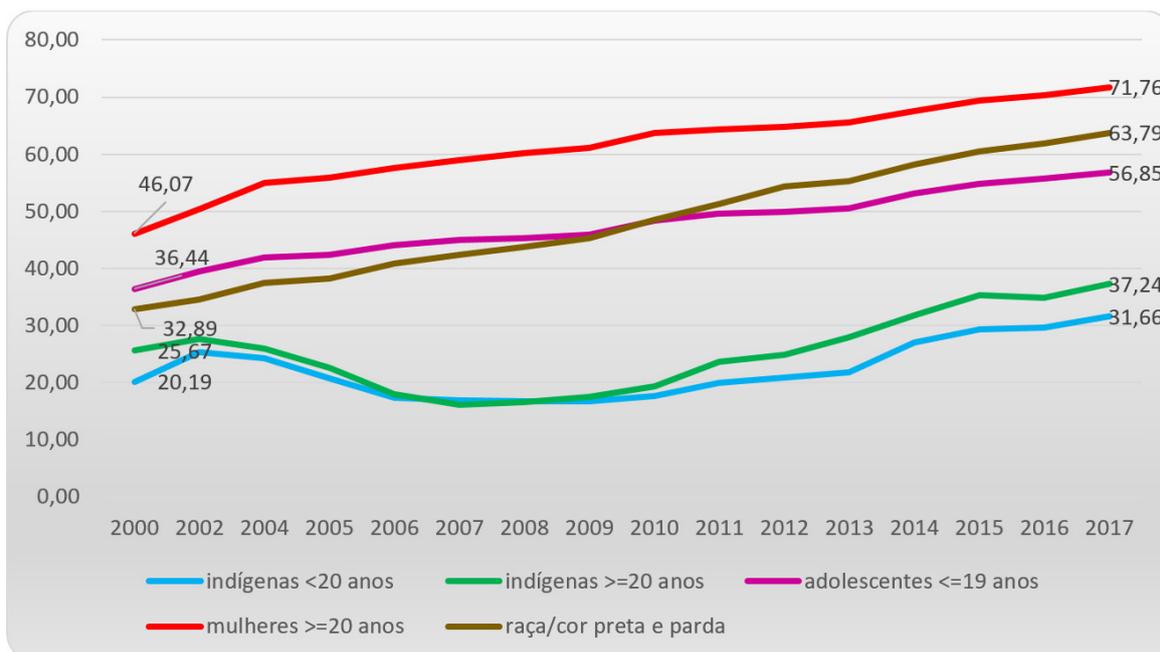
Quadro 1: Indicadores de atenção perinatal e fonte de informação, por dimensão.

TIPO	DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE
Pré-natal	Acesso	Proporção de recém-nascidos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal	Sinasc
	Qualidade	Coeficiente de incidência de sífilis congênita	Sinan, Sinasc
		Coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas	SIM, Sinasc
Parto	Acesso	Proporção de partos hospitalares	Sinasc
	Qualidade	Proporção de cesáreas de acordo com a classificação de Robson	Sinasc
		Prematuridade (%) por tipo de parto	Sinasc
Resultados	Mortalidade	Razão de mortalidade materna	SIM, Sinasc
		Coeficiente de mortalidade infantil	SIM, Sinasc
		Coeficiente de mortalidade neonatal precoce	SIM, Sinasc
		Coeficiente de mortalidade perinatal	SIM, Sinasc

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade; **Sinasc** - Sistema de Informações de Nascidos Vivos;
Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O primeiro gráfico, relativo ao período de 2000 a 2017, apresenta a proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram no mínimo sete consultas de pré-natal, conforme preconizado pela política governamental. Observa-se que houve importante ampliação do acesso, com aumento de cerca de 20% na proporção de mulheres adultas e de raça/cor negra com sete ou mais consultas pré-natais, e de 15% para as adolescentes, sendo os valores mais baixos encontrados nas Regiões Norte e Nordeste (vide tabelas no apêndice). Embora esse dado seja positivo, é necessário salientar que, sistematicamente, as mulheres indígenas, de raça/cor negra e adolescentes apresentam proporções inferiores às de mulheres de 20 anos e mais, o que revela uma maior vulnerabilidade dessas populações, sugerindo a necessidade de ampliação do acesso, com captação precoce e estímulo à participação nos atendimentos, especificamente para essas populações.

Gráfico 1: Proporção (%) de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal segundo faixa etária, mulheres indígenas e raça/cor preta/parda. Brasil, 2000-2017.

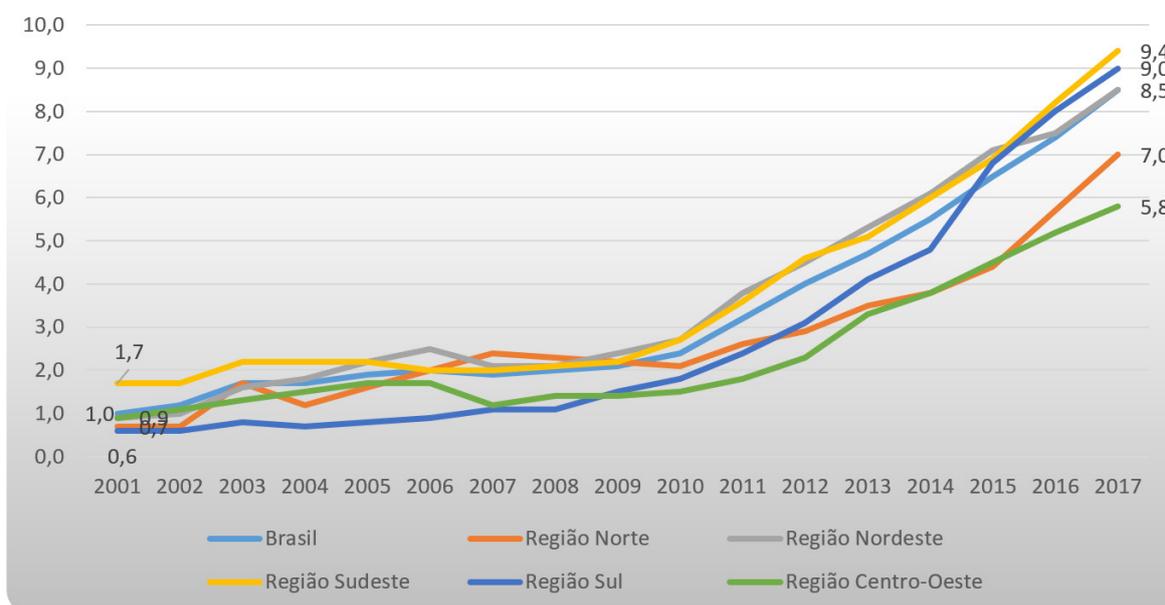


Fonte: Sinasc/MS

Tão importante quanto a garantia do acesso é a oferta de serviços de qualidade. Como indicadores de qualidade da atenção pré-natal foram selecionados o coeficiente de incidência de sífilis congênita e o coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas. Esses indicadores foram selecionados pois, com uma adequada atenção pré-natal, é possível detectar a sífilis na gestação e tratar tanto a gestante como seu parceiro, reduzindo assim a transmissão vertical; também se pode detectar precocemente a hipertensão e controlá-la, minimizando assim seus efeitos, o que impacta o coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas.

O Gráfico 2 apresenta a taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano, que se elevou de modo importante, em especial a partir de 2010. Em parte, essa elevação se deve à ampliação do diagnóstico e melhoria da notificação, uma vez que desde 2011 a política pública passou a preconizar a realização de três exames para a detecção de sífilis na gestação, sendo um deles o teste rápido na admissão para o parto. Há que se considerar, todavia, que a Organização Mundial da Saúde considera adequadas taxas de detecção com valores iguais ou menores a 0,5/1.000 nascidos vivos (DOMINGUES *et al.*, 2013); que ainda não se afasta a possibilidade de ainda ocorrer a subnotificação; e que o valor encontrado para o Brasil em 2017 foi de 8,5/1.000 NV, com importantes variações regionais (BRASIL, 2019).

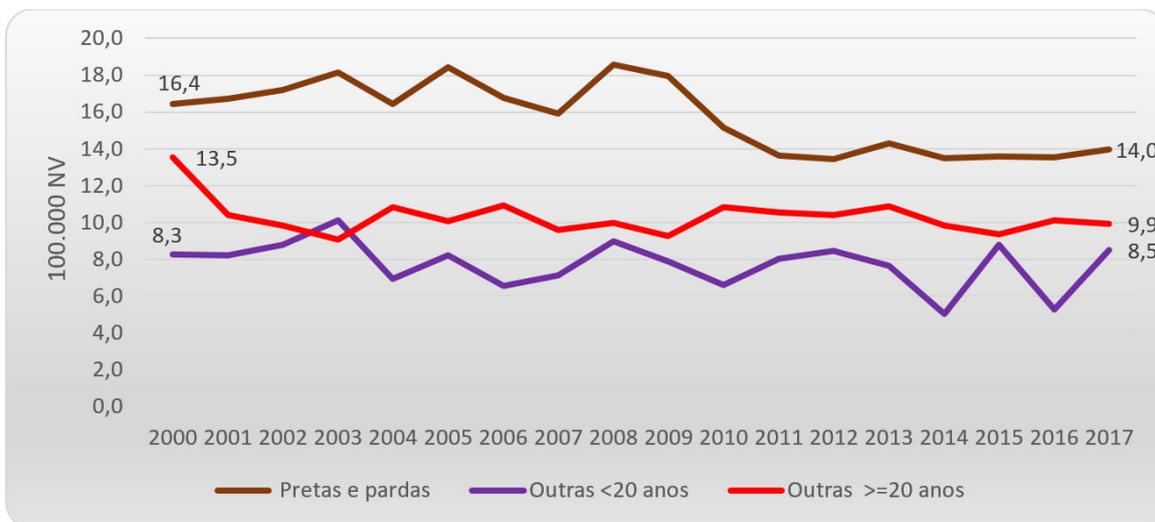
Gráfico 2: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por mil nascidos vivos). Brasil e macrorregiões, 2001-2017.



Fonte: Sinasc/MS

Já o coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas (Gráfico 3) permaneceu estável até 2009, ano em que foi implantado o Programa de Qualificação de Maternidades (VAS-CONCELOS *et al.*, 2014), porém, com redução proporcional de pouca relevância (o coeficiente geral era de 13,9/100 mil NV em 2000 e passou para 12,3/100 mil NV em 2017, redução de 12% num período de 17 anos, dados não mostrados). Saliente-se que este indicador é, sistematicamente, maior para as mulheres de raça/cor negra, evidenciando essa desigualdade. Esses dados sugerem fortemente que, ainda que se tenha ampliado de forma importante o acesso aos serviços de pré-natal, a qualidade ainda está aquém do desejável e é necessário investir na qualificação desse atendimento. É esperado que seja menor para mulheres com menos de 19 anos que, em geral, não apresentam doença hipertensiva de base.

Gráfico 3: Coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas*, segundo características selecionadas da mulher. Brasil, 2000-2017.

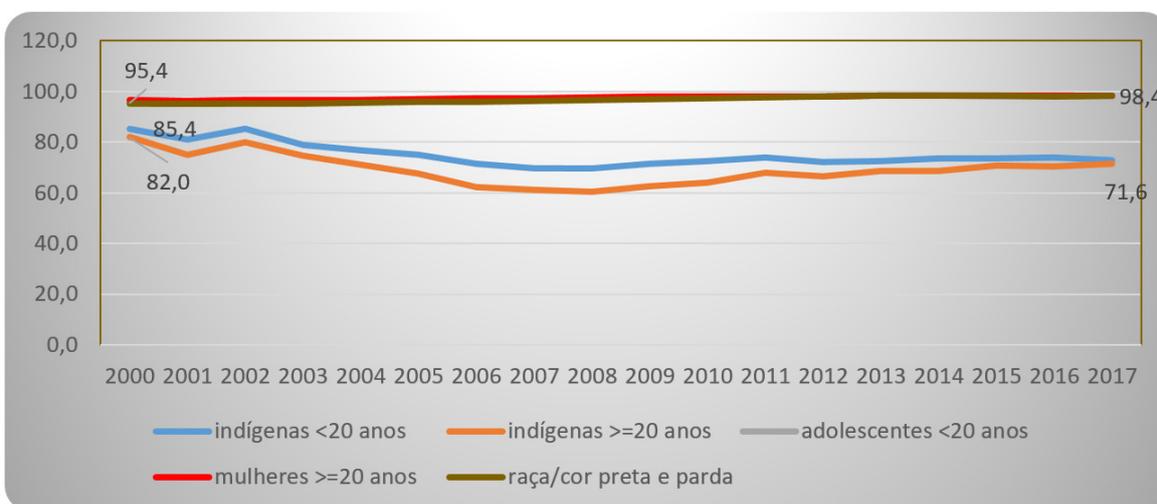


Fonte: SIM, Sinasc

Nota: *Cálculo direto, sem uso de fator de correção.

A proporção de nascimentos hospitalares no Brasil atingiu 98,5% em 2015, com uma pequena diferença para Região Norte, com cerca de 96,0% de nascimentos institucionalizados (dados não mostrados), como explicita o Gráfico 4, de modo que se pode considerar que o acesso aos serviços de maternidade está equacionado. A proporção mais baixa nas populações indígenas (gráfico 4b) necessita de um aprofundamento de discussão sobre qual seria a melhor ambiência para esses nascimentos, considerando a necessidade de respeito às suas tradições e representações culturais. A redução de 2002 a 2008 necessita de maiores informações para adequada interpretação.

Gráfico 4: Proporção (%) de nascimentos hospitalares, segundo características selecionadas da mãe. Brasil, 2000-2017.



Fonte: Sinasc

Em 2001, Michael Robson propôs um sistema de classificação (ROBSON, 2001) com base em diferentes categorias de risco para nascimentos cirúrgicos, com critérios epidemiológicos que não levam em conta indicações clínicas, apresentados no Quadro 2 abaixo. Duas revisões sistemáticas sobre sistemas de classificação de cesarianas (TORLONI *et al.*, 2011; BETRÁN *et al.*, 2013) consideraram o sistema classificatório de Robson o mais recomendável, o que foi endossado pela Organização Mundial da Saúde em 2015 (OMS, 2015). Disto decorre sua escolha como indicador de qualidade da assistência a partos e nascimentos.

Quadro 2: Critérios de Robson para classificação das indicações de cesariana.

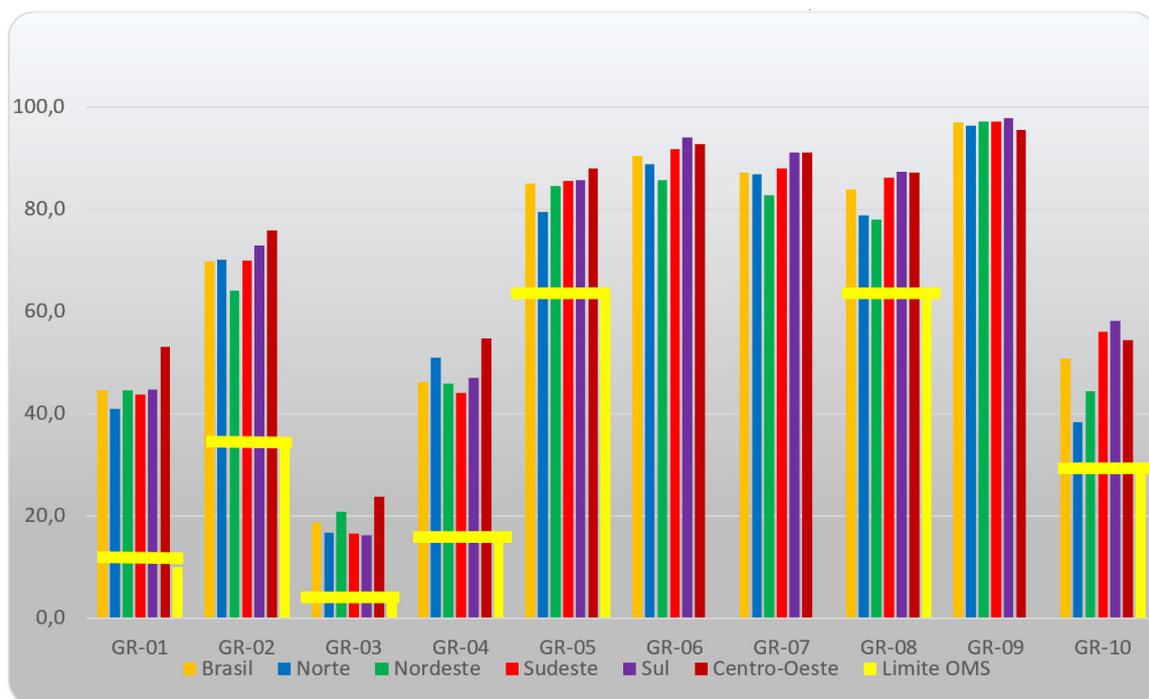
GRUPO	INDICADOR
1	Nulípara, gestação única, cefálica, > 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2	Nulípara, gestação única, cefálica, > 37 semanas, com indução ou CS anterior ao trabalho de parto
3	Múltipara (excluindo CS prévia), gestação única, cefálica, > 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4	Múltipara (excluindo CS prévia), gestação única, cefálica, > 37 semanas, com indução ou CS anterior ao trabalho de parto
5	Com cesárea prévia, gestação única, cefálica, > 37 semanas
6	Todos os partos pélvicos em nulíparas
7	Todos os partos pélvicos em múltiparas (incluindo CS prévia)
8	Todas as gestações múltiplas (incluindo CS prévia)
9	Todas as apresentações anormais (incluindo CS prévia)
10	Todas as gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo CS prévia)

Fonte: Robson (2001).

O Gráfico 5 apresenta as taxas de cesárea do Brasil para cada um dos grupos, e a tarja amarela identifica os valores considerados limites pela Organização Mundial de Saúde (2017). Os grupos de 1 a 4 são os de menor risco para cirurgia cesariana, e neles concentraram-se 60,1% de todos os nascimentos do Brasil de 2017. A Organização Mundial de Saúde (2017) sugere que entre 35 e 42% dos nascimentos estejam nos grupos 1 e 2 (foram 32,4%) e cerca de 30% nos grupos 3 e 4 (foram 27,8%), de forma que esses valores estão compatíveis. No grupo 5 classificaram-se 21,9% dos nascimentos (segundo a OMS, seriam menos de 10%) e, no grupo 10, de prematuros, foram 8,9%, (segundo a OMS, seriam menos de 5%); em 3,5% dos nascimentos não constou informação que permitisse classificar os nascimentos. Para cada um dos grupos restantes, a proporção de nascimentos foi de 2,1% ou menos, totalizando 5,6% para os grupos de 6 a 9.

De acordo com o gráfico, nos grupos de menor risco para cesárea, que são os grupos de 1 a 4, as taxas de nascimentos pela via alta foram muito superiores àquelas que Robson (2001) havia apurado em seu serviço de referência, em que o total de nascimentos cirúrgicos foi de 18,3% (em 2017, a taxa de cesáreas do Brasil foi de 55,7%) e esses valores elevados são encontrados em todas as regiões, com pequenas variações regionais. Embora documento mais recente da OMS (2017) esclareça que os parâmetros apresentados em sua publicação são apenas sugestões e ainda não são recomendações definitivas, os valores encontrados em 2017 para o grupo 1, de 44,6% (OMS sugere menos de 10%); grupo 2, de 69,8% (OMS sugere entre 20 e 35%); grupo 3, de 18,6% (OMS sugere que seja até 3%); grupo 4, de 46,1% (OMS sugere até 15%); grupo 5, de 85,0% (OMS considera aceitável entre 50 e 60%); grupo 8, de nascimentos gemelares, de 83,9% (OMS sugere por volta de 60%); e grupo 10, de 50,8% (OMS sugere por volta de 30%) mostram excesso de intervenções cirúrgicas em todos os grupos salientados. Ressalte-se que os grupos 6, 7 e 9 são de altíssimo risco para cesárea e, por representarem uma baixa proporção de nascimentos, pouco impactam na taxa geral, não havendo recomendação específica para estes. Os dados brasileiros para 2017 evidenciam que o procedimento foi utilizado muito além do necessário e de maneira inadequada no país, isto é, em populações de baixo risco para o procedimento cirúrgico.

Gráfico 5: Taxas de cesárea, segundo grupos de Robson. Brasil, 2017.



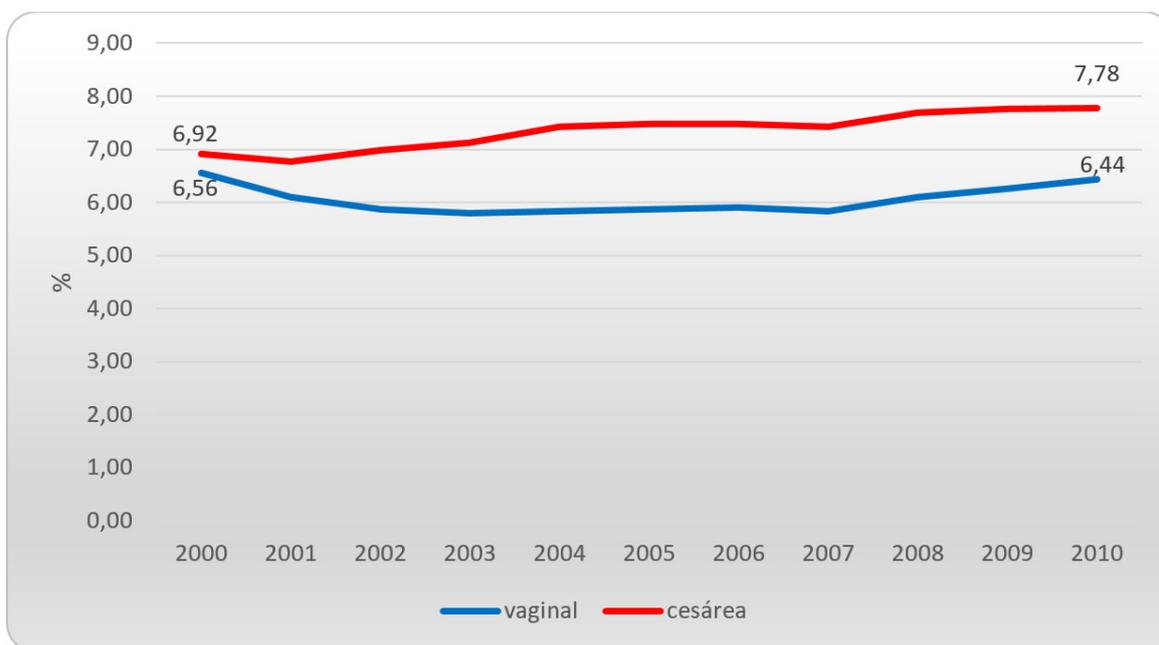
Fonte: Sinasc

Outro indicador proposto para aquilatar a qualidade dessa assistência compreende a proporção de bebês prematuros, ou taxa de prematuridade, associada à via de nascimento (Gráfico 6). Trata-se de um dos resultados desse uso indiscriminado de procedimentos cirúrgicos para o nascimento, que desde 2010 superam os nascidos pela via vaginal, em todas as regiões do país, embora tenha

sido apresentado apenas o gráfico para o Brasil. Uma resolução do Conselho Federal de Medicina de junho de 2016 (CFM, 2016), visando reduzir a proporção de bebês prematuros associada ao procedimento cirúrgico, recomendou que cesarianas eletivas sejam realizadas a partir de 39ª semana de gestação. Será necessário monitorar a evolução desse indicador para medir o impacto da normativa da corporação.

Mesmo que se considere que apenas esses dois indicadores sejam insuficientes para avaliar as muitas dimensões de um processo tão complexo como a atenção ao parto e ao nascimento, o que eles revelam é preocupante. Portanto, assim como para a atenção pré-natal, constata-se que o acesso à assistência ao parto hospitalar está equacionado, ainda que com variações regionais; contudo, será necessário qualificar o processo de atenção ao parto, com redução de nascimentos pela via cirúrgica, principalmente nos grupos de menor risco para cesárea, ou seja, para os grupos de 1 a 4 da classificação de Robson, assim como monitorar esses indicadores e outros, referentes a intervenções que possam ser consideradas desnecessárias ou adequadas na atenção ao parto normal. Por outro lado, no estado de São Paulo, em 23 de agosto de 2019, foi promulgada a lei nº 17.137 que tem como ementa “Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal”. É possível que esse fato neutralize todas as iniciativas governamentais e não governamentais de redução de nascimentos por procedimentos cirúrgicos desnecessários.

Gráfico 6: Proporção de nascimentos prematuros segundo via de nascimento. Brasil, 2000-2010*.

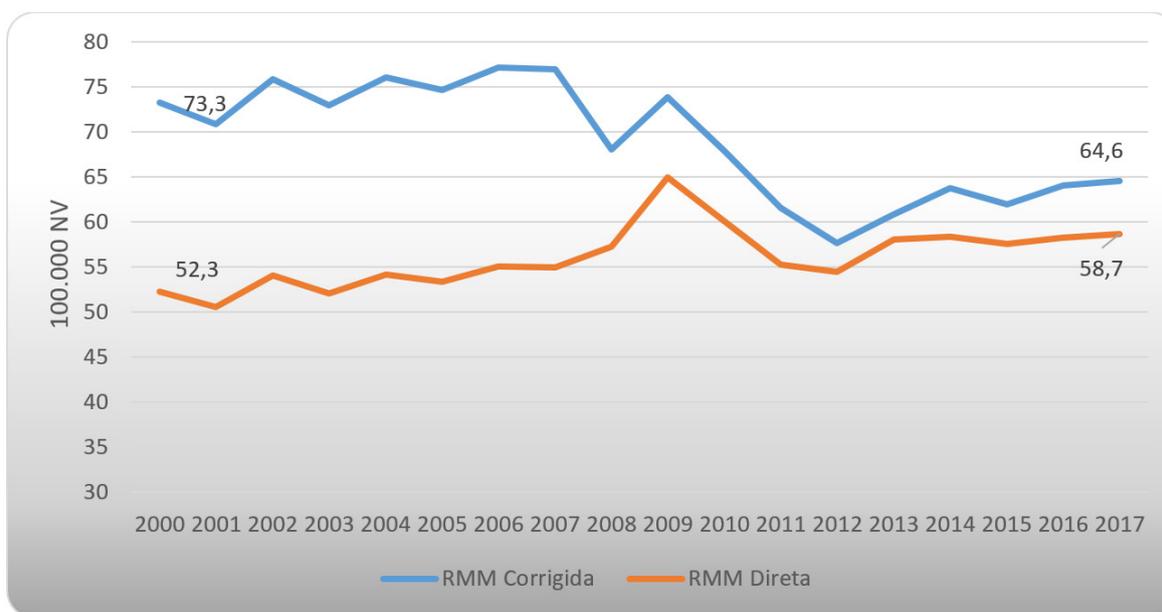


Fonte: Sinasc.

Nota:* A partir de 2011 houve mudança de forma de coleta do dado de idade gestacional, dificultando a comparabilidade para o período posterior.

Com relação à mortalidade materna, apresentada no gráfico 7, detecta-se aumento no coeficiente bruto, porém redução quando se aplica o fator de correção, sendo esta de apenas 15% no período, permanecendo em patamar elevado. Por outro lado, percebe-se melhora na qualidade da informação, na medida em que o valor corrigido se aproxima do alcançado pelo cálculo direto.

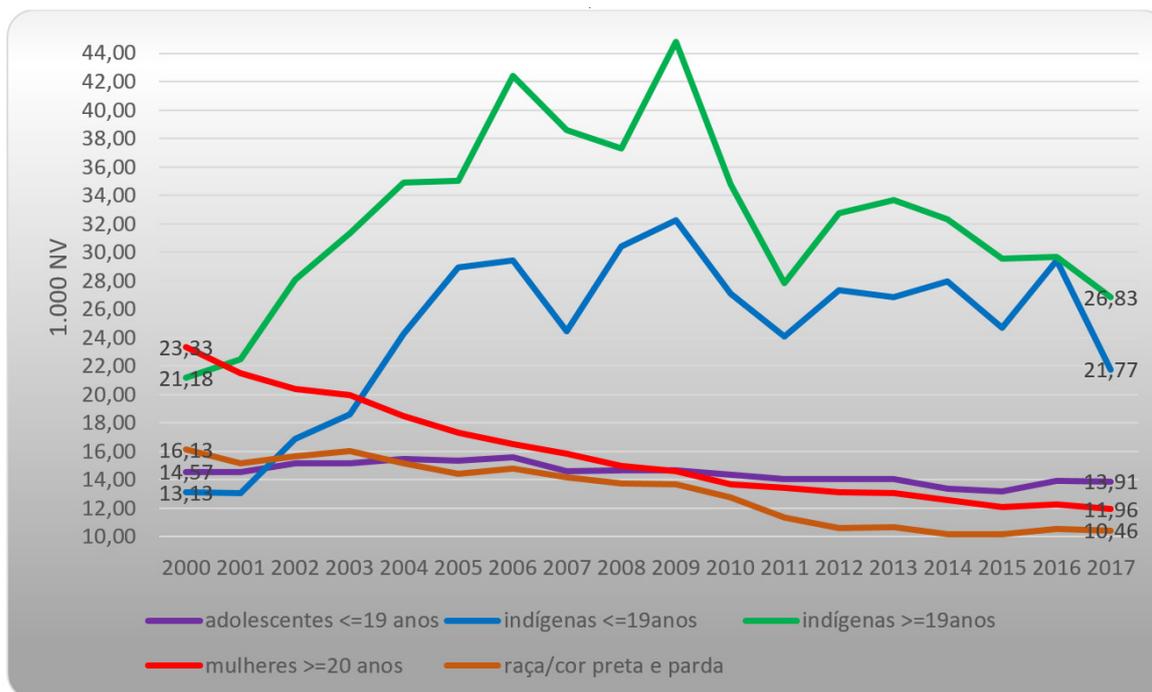
**Gráfico 7: Razão de mortalidade materna bruta e corrigida.
Brasil, 2000-2017.**



Fonte: Sinasc; SIM

O gráfico 8 apresenta o coeficiente de mortalidade infantil para o período de 2000 a 2017 segundo algumas características das mulheres, com cálculo direto, evidenciando as populações vulneráveis de adolescentes e negras e indígenas (ainda que esse campo tenha tido importante subregistro, que se reduziu de 12,8%, em 2000, para 9,2%, em 2005, 4,4%, em 2010 e 4,1%, em 2013). Observa-se importante redução da mortalidade para crianças nascidas vivas (NV) de mulheres maiores de 20 anos, que em 2000 era de 23,3/1.000NV e, em 2017, decresceu para 12,0/1.000NV, com declividade maior nas Regiões Norte e Nordeste, que apresentavam coeficiente mais elevado no início do período estudado (veja tabelas no apêndice). Também ocorreu redução importante na mortalidade de crianças nascidas de mulheres negras nesse período, de 16,1/1.000NV para 10,5/1.000NV. A estabilidade ao longo do período da mortalidade no primeiro ano de vida de crianças nascidas de mães adolescentes, ao redor de 14,0/1.000 NV, sugere que este grupo populacional necessita de maior apoio dos serviços de saúde em relação aos cuidados no primeiro ano de vida com vistas a incrementar a sobrevivência de seus filhos. Ao mesmo tempo, a elevação da mortalidade infantil nas populações indígenas, em ambas as faixas de idade materna estudadas, pode representar a redução na subnotificação de nascidos vivos e de óbitos e, portanto, a interpretação do dado demanda cautela. Todavia, na medida em que o coeficiente para essas populações se apresenta bem mais elevado do que o da população geral, chama a atenção para a necessidade um investimento mais intensivo do sistema de saúde nessas populações, reconhecendo as muitas especificidades culturais e suas diversas vulnerabilidades, para que se consiga efetivamente reduzir a desigualdade expressa por esse indicador. Chama a atenção o fato dessa mortalidade ser menor em bebês de mulheres de raça/cor preta/parda, algo a ser melhor investigado.

Gráfico 8: Coeficiente de mortalidade infantil segundo características selecionadas da mãe. Brasil, 2000-2017.

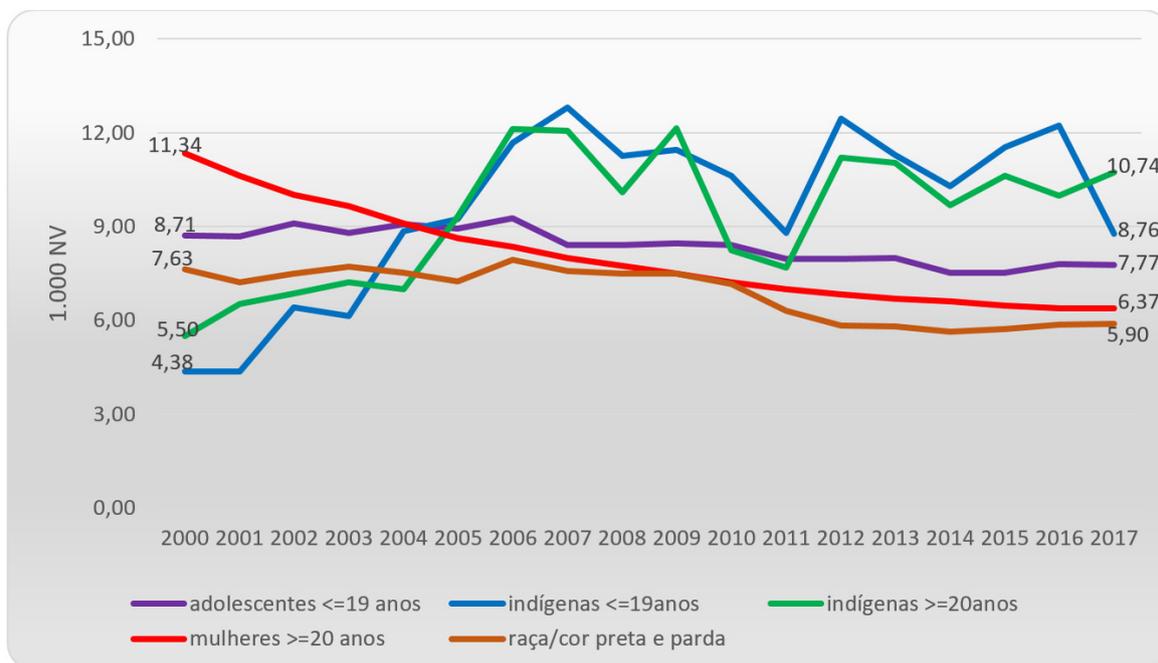


Fonte: Sim; Sinasc.

Nota: Cálculo direto, sem uso de fator de correção.

Segundo Lansky *et al.* (2014), o coeficiente de mortalidade neonatal precoce (MNNP) é sensível às condições da atenção ao parto e nascimento. O gráfico 9 apresenta a mortalidade neonatal precoce para o período de 2000 a 2017, com um dado positivo: em todas as regiões esse indicador, já em 2015, foi inferior a 10,0/1.000NV (vide tabela ao final). Outras informações são semelhantes às da mortalidade infantil: a redução é mais pronunciada no grupo de crianças nascidas de mães com 20 anos e mais, que no início do período apresentava valores mais elevados; as Regiões Norte e Nordeste apresentam indicadores MNNP mais elevados (dados da tabela no apêndice); há relativa estabilidade do indicador para adolescentes, em valores inicialmente inferiores aos de mulheres com 20 anos e mais, mas ao final do período superiores; e para a população indígena, o indicador apresentou ascensão, que pode ser devida à melhora na qualidade da informação, porém, revela a grande vulnerabilidade dessa população. Também este indicador se apresentou menor para a população de bebês de mães de raça/cor preta/parda, algo a ser melhor investigado,

Gráfico 9: Coeficiente de mortalidade neonatal precoce segundo características selecionadas da mãe. Brasil, 2000-2017.



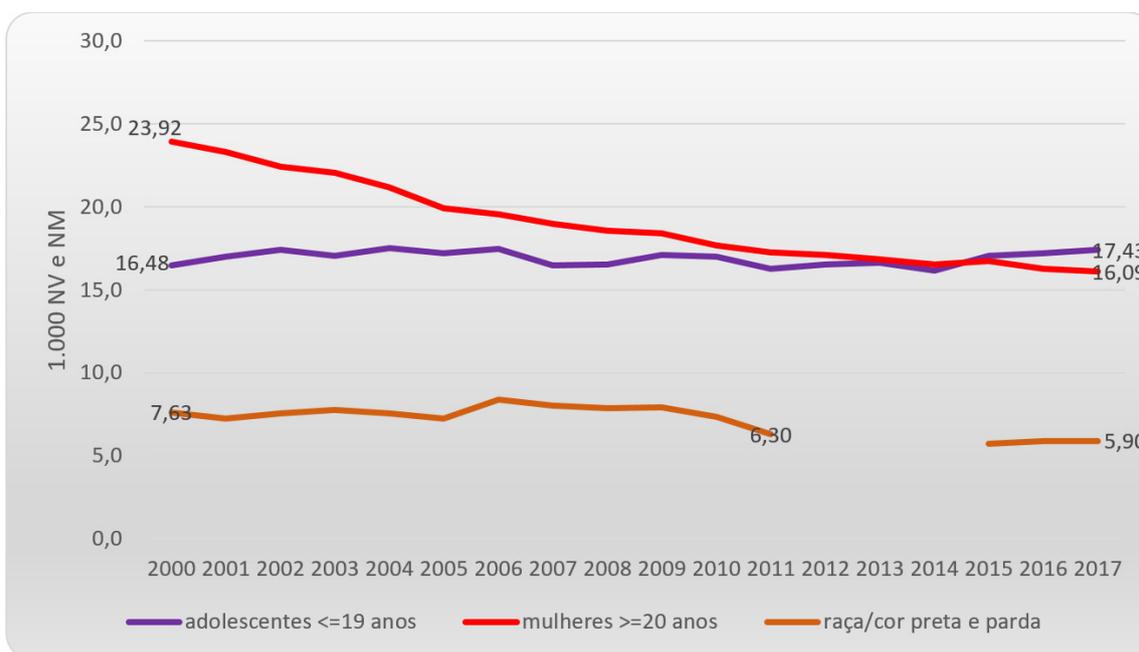
Fonte: Sim; Sinasc.

Nota: Cálculo direto, sem uso de fator de correção.

De forma complementar, por englobar a mortalidade fetal, pode-se considerar que o coeficiente de mortalidade perinatal reflete o desempenho do sistema de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, ou seja, todo o ciclo gravídico-puerperal. Assim, o gráfico 10 apresenta a mortalidade perinatal para o período de 2000 a 2017 e, como os dados de natimortalidade para raça/cor/etnia eram inconsistentes e em alguns indisponíveis, os gráficos contemplam apenas as categorias de idade materna e raça/cor preta/parda (parcialmente).

A mortalidade perinatal de fetos/bebês de gestantes adolescentes apresentou estabilidade em todo o período, mas houve importante redução para os de mães adultas, chegando em 2017 a uma sobreposição no país e nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste; essas regiões apresentaram nesse ano valores próximos ou abaixo de 15/1.000 nascimentos totais. As Regiões Norte e Nordeste apresentaram valores mais elevados, sugerindo que a inadequada organização da rede de atenção ao ciclo gravídico-puerperal nessas regiões, somada às dificuldades decorrentes das condições de vida, podem estar determinando esses resultados.

Gráfico 10: Coeficiente de mortalidade perinatal (por 1000 nascimentos totais) segundo características selecionadas da mãe. Brasil, 2000-2017.



Fonte: Sim; Sinasc.

Nota: Cálculo direto, sem uso de fator de correção.

Sumarizando os dados apresentados, podemos afirmar que entre 2000 e 2017 ocorreu importante incremento do acesso ao pré-natal, principalmente nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com menor alcance nas Regiões Norte e Nordeste (dados das tabelas do apêndice). Esse dado é sistematicamente menor para as mães adolescentes, o que pode dever-se ao fato de iniciarem o pré-natal mais tardiamente, seja pela dificuldade em reconhecer a gravidez, seja por outras razões, como a pouca aceitação social da maternidade na adolescência. Também se detectou menor utilização dos serviços de pré-natal por parte das mães de raça/cor preta e parda e das indígenas. Essa defasagem no acesso sugere a necessidade de investimento de forma a proporcionar a essas populações uma maior cobertura da atenção pré-natal, visando implementar a equidade. Em compensação, aparentemente, o acesso à assistência institucional ao parto está praticamente equacionado, inclusive na Região Norte, onde 96,0% dos nascimentos ocorreram em ambiente hospitalar.

Aspecto importante foi evidenciado pelos indicadores selecionados como dimensões de qualidade: para o pré-natal, a taxa de detecção de sífilis congênita e o coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas; para o parto, as proporções de cesariana por grupos de Robson e a proporção de prematuros por tipo de parto. Todos evidenciaram a necessidade de qualificação da assistência, em todas as regiões, tanto a assistência à gestação como aquela direcionada ao parto, o que demanda investimentos de todos os níveis de gestão: federal, estadual, municipal, e dos próprios serviços, assim como nos serviços privados.

Embora a mortalidade no primeiro ano de vida tenha se reduzido de forma importante, de modo que o país atingiu a meta do Objetivo do Milênio nº 4 ainda antes de 2015 (IPEA, 2014), os outros indicadores de resultado – razão de mortalidade materna, e os associados coeficientes de mortalidade neonatal precoce e perinatal – corroboram a necessidade de aprimorar a qualidade dos serviços, tanto na atenção à gestação, como naquela voltada ao parto.

Finalizando, os dados evidenciam grandes avanços na cobertura da assistência, mas revelam a necessidade de aprimorar a qualidade dos serviços, com atenção especial às populações vulneráveis: as adolescentes e as mulheres pretas, pardas e indígenas.

Violações dos direitos das mulheres na atenção ao parto e nascimento¹

Breve histórico dos movimentos de mulheres contra as violações de direitos, o desrespeito e os maus-tratos na assistência obstétrica

O tema do abuso e desrespeito enfrentado pelas mulheres na assistência obstétrica ganhou visibilidade na segunda década do século XXI, sendo tema de numerosos estudos, mostras artísticas (RAITER, 2009; MUJERES CREANDO, 2014), documentários (ZORZAM *et al.*, 2012; FIORETTI, 2014; GUEDES *et al.*, 2013), ações no judiciário (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2010), investigação parlamentar (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), atuações de diversas instâncias do Ministério Público (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2014a, 2014b, 2014c), assim como de um novo conjunto de intervenções de saúde pública. Sua relevância e legitimidade como problema de saúde pública são corroboradas pela declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) intitulada *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*, e a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS *et al.*, 2015). Estas ações inovadoras são voltadas para visibilizar, prevenir e remediar esta forma de abuso e desrespeito nas práticas de saúde, nos âmbitos público e privado e na formação de recursos humanos, bem como para incentivar os governos e as instituições para pesquisas e intervenções.

Como tema inovador e recente no campo, ainda se encontra cercado de imprecisões. Necessita-se, assim, de um mapeamento provisório de suas origens, magnitude, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas de prevenção e superação, de forma a melhor fazer justiça à sua importância em termos de Saúde Pública.

Origens do tema do abuso e desrespeito na assistência obstétrica

Apesar de parecer um tema “recente” ou um “novo” campo de estudo, a insatisfação das mulheres com a assistência ao parto é registrada em diferentes momentos históricos, ainda que sob diferentes denominações, encontrando respostas distintas nos diferentes contextos, e frequentemente tendo um impacto importante na mudança das práticas de cuidado no parto.

Por exemplo, no final da década de 1950, narrativas de abuso e desrespeito no parto rompem a barreira do silêncio nos EUA, quando a *Ladies Home Journal*, uma revista para donas de casa, publica a matéria “Crueldade nas Maternidades”. O texto descreve o tratamento recebido pelas parturientes como tortura, submetidas ao chamado ‘sono crepuscular’ (*twilight sleep*, uma combinação de morfina e escopolamina), que produz sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. À época, os profissionais colocavam algemas e amarras

¹ O texto deste capítulo foi baseado em e adaptado de: Diniz et al. (2015).

nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. A matéria relata ainda as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas. Ela tem grande repercussão, com uma inundação de cartas à revista e a outros meios, com depoimentos semelhantes, motivando importantes mudanças nas rotinas de assistência, e a criação da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia (GOER, 2010).

No Reino Unido, há um movimento semelhante em 1958, e chega a ser criada uma Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas (BEECH; WILLINGTON, 2007). A carta que convoca a fundação dessa sociedade, publicada originalmente no jornal *Guardian*, afirma:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes. (THE SOCIETY FOR THE PREVENTION OF CRUELTY TO PREGNANT WOMEN, 1960 apud BEECH; WILLINGTON, 2007, p. 2).

Teóricas feministas como Adrienne Rich (1979) elaboram sua revolta com a experiência vivida pelas mulheres de alta renda e educação na década de 1950: “Parimos em hospitais [...] negligente-mente drogadas e amarradas contra nossa vontade, [...] nossos filhos retirados de nós até que outros especialistas nos digam quando podemos abraçar nosso recém-nascido” (p. 269). As edições do clássico *Our bodies, Ourselves* (BOSTON WOMEN’S HEALTH BOOK COLLECTIVE, 1994; 1998), assim como outros livros feministas das décadas de 1960 a 1980, reforçam essas críticas com extensas narrativas, contribuindo para a sensibilização e inspiração de gerações de profissionais e ativistas no campo, denunciando a irracionalidade das práticas.

Em 1998, o Centro Latinoamericano dos Direitos da Mulher (CLADEM; CRLP, 1998) publica o relatório *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud no Peru*, com extensa documentação das violações dos direitos humanos da mulher durante o parto, que se aplica a todo o continente.

Abuso, desrespeito e maus-tratos na assistência obstétrica no Brasil

No Brasil, o tema já vinha sendo abordado em trabalhos feministas, na academia e fora dela. O pioneiro Espelho de Vênus, do Grupo Ceres (1981), faz já na década de 1980 uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta. Esse grupo de pesquisadoras ativistas publica depoimentos demonstrando que:

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto. (GRUPO CERES, 1981, p. 349).

A pesquisa-ação coordenada pela Prefeitura de São Paulo, chamada “Violência – Um Olhar sobre a Cidade” (SOUZA, 1992), mostra que o atendimento aos partos era descrito como violento e usuárias relatavam que muitas vezes funcionários tinham posturas agressivas e intimidadoras, frequentemente humilhavam as pacientes e não respeitavam sua dor.

O abuso e desrespeito na assistência obstétrica já são temas também das políticas de saúde ao final da década de 1980: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), por exemplo, reconhece o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. Porém, ainda que o tema estivesse na pauta feminista e mesmo na de políticas públicas, é relativamente negligenciado, diante da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos, e do problema da falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais. Mesmo assim, o abuso e desrespeito na assistência obstétrica está presente em iniciativas como as capacitações para o atendimento a mulheres vítimas de violência, como nos cursos promovidos a partir de 1993 pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP. A partir desse projeto, foi publicado um pequeno manual sobre o tema, *O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto*. (DINIZ, 2002).

Já neste século, numerosos estudos no país documentam como são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, nos setores privado e público (VENTURI; GODINHO, 2013; AGUIAR, 2010; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; DINIZ; CHACHAM, 2006; MCCALLUM; REIS, 2006; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). O interesse acadêmico se amplia e a produção dos últimos anos inclui pesquisas sobre a formação dos profissionais e, mais recentemente, dados de base populacional, como a pesquisa de Venturi e Godinho (2013). Este último trabalho, a segunda rodada da pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, contribui de forma inédita para a visibilidade do tema, e desperta surpreendente interesse da grande mídia. Segundo o estudo, cerca de um quarto das mulheres que passaram pelo parto relata alguma forma de abuso e desrespeito na assistência, o que também é referido por cerca da metade daquelas que passaram por um aborto.

São evidências mais do que eloquentes quanto à magnitude e importância do tema na saúde materna e na saúde pública brasileira.

Definições e termos acerca do abuso e desrespeito na assistência obstétrica

No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é o mais utilizado para descrever as diversas formas de abuso ou desrespeito ocorridos na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Outros descritores também são usados na região e em outras partes do mundo para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002), desrespeito e abuso (BOWSER; HILL, 2010), crueldade no parto (GOER, 2010), assistência desumana/desumanizada, violações dos direitos humanos das mulheres no parto (CLADEM; CRLP, 1998; DINIZ, 2001), abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto (OMS, 2014), entre outros.

Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em sua carta de fundação, parte do reconhecimento das “circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência” (DINIZ, 2001). No entanto, a organização deliberadamente decidiu não falar abertamente sobre violência, favorecendo termos como “humanização do parto” e “a promoção dos direitos humanos das mulhe-

res”, temendo uma reação hostil dos profissionais sob a acusação de violência (DINIZ, 2001).

Um conjunto de definições de abuso e desrespeito na assistência obstétrica tem sido proposta, uma delas é a lei sobre violência contra a mulher da Venezuela (PANOS, 2007), pioneira em tipificar esta forma de violação de direitos:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (PANOS, 2007, p. 30).

Nos últimos anos, diversos autores propuseram tipificações e classificações sobre abuso e desrespeito na assistência obstétrica, inclusive a OMS (2014), mais recentemente. Entre elas, a síntese de Bowser e Hill (2010) sobre as formas de abuso e desrespeito tem se mostrado bastante explicativa, enumerando as principais categorias verificáveis nas instituições de saúde.

Tesser *et al.* (2015) sintetizam as categorias de desrespeito associando-as aos direitos correspondentes, com base em um ponto de vista jurídico e social, com exemplos concretos da realidade brasileira, conforme o Quadro 3.

Quadro 3: Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de abuso e desrespeito na assistência obstétrica.

CATEGORIAS DE DESRESPEITO E ABUSO	DIREITOS CORRESPONDENTES	EXEMPLOS DE SITUAÇÕES DE ABUSO E DESRESPEITO NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, “descompensadas” ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fonte: Adaptado de Tesser et al. (2015).

Adicionalmente, Souza (2014), com base no modelo teórico proposto por Rattner (2001), reagrupou as várias formas de violação de direitos humanos e reprodutivos nos serviços de atenção obstétrica e neonatal em diferentes níveis, categorizando-os em:

- interpessoal/profissional, que engloba algumas categorias citadas no quadro, como a negligência, a violência verbal, a violência física e a psicológica;
- da parte dos serviços de saúde, que abrange má qualidade do atendimento, restrição de acompanhante no parto, abandono, práticas e rotinas padronizadas, relações hierárquicas (cultura do serviço), demora no atendimento, organização do trabalho precária e alguns aspectos da cultura institucional, como falta de oportunidades de escuta das usuárias (ouvidoria) e gestão leniente com as denúncias de violência;
- da parte do sistema de saúde, como as dificuldades de acesso, filas, peregrinação por vaga, falhas do sistema de saúde e precariedade dos serviços.

Essa nova categorização permite identificar o âmbito de ocorrência e, portanto, em que deverão ser buscados os meios para sua redução/ eliminação.

É importante salientar, finalmente, que os efeitos da violência na atenção obstétrica podem ultrapassar o período perinatal: vários autores demonstraram a associação entre essa violência e a depressão pós-parto, sendo que Souza et al (2017) identificaram que essa consequência é ainda mais grave caso a parturiente seja de raça/cor preta/parda ou adolescente. Sabendo-se que mulheres deprimidas encontram dificuldades para cuidar de si próprias e certamente ainda maiores para cuidar de um bebê recém-nascido, como bem o reconheceu a OMS em seu documento de 2014, é necessário encontrar formas de coibir a ocorrência de desrespeito e abuso nos serviços e sistemas de saúde. Desde 2011, a White Ribbon Alliance (Aliança do Laço Branco, organização internacional de combate à violência contra a mulher) tem promovido o Respectful Maternity Care – Cuidados Maternos Respeitosos, iniciativa endossada por outros organismos internacionais, a exemplo da OMS, (2012) produzindo e disponibilizando materiais para profissionais de saúde, mulheres e pessoas interessadas em geral³.

Abuso, desrespeito e maus-tratos no parto são uma forma de violação de direitos humanos

O Brasil é signatário de diversos tratados e convenções internacionais referentes à proteção dos direitos mais básicos das pessoas: dignidade humana, integridade física, proteção contra a violência, saúde integral, igualdade e não discriminação. A promoção, a proteção e o respeito irrestrito aos direitos humanos da mulher são condições indispensáveis para seu desenvolvimento individual e imprescindíveis para a criação de uma sociedade mais justa, solidária e pacífica, respeitando e implementando os tratados internacionais de direitos humanos e a legislação nacional.

Os direitos humanos das mulheres são uma temática importante, que ocupa hoje relevante espaço de discussão. A Organização das Nações Unidas, ao estabelecer os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, elencou dois deles relacionados diretamente às mulheres, o que reforça a importância do debate. Além de configurarem metade da população, com suas necessidades e características próprias, as mulheres ainda são as maiores indutoras da melhoria dos indicadores sociais. Como ainda são as grandes responsáveis pelos cuidados da família, o investimento realizado em mulheres multiplica-se em seus filhos e no desenvolvimento comunitário. A violação de direitos

³ Vide <https://www.mhtf.org/topics/respectful-maternity-care/#Resources>

que assume a forma de violência institucionalizada na atenção obstétrica é apenas um dos sintomas de uma sociedade em que o feminino e a mulher são corriqueiramente desmerecidos e violentados. É uma ofensa à dignidade humana e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais que transcendem todos os setores da sociedade, independentemente de classe, raça ou grupo étnico, nível educacional, idade ou religião, e atenta contra o direito de toda mulher a uma vida livre de violência, tanto no âmbito público como no privado.

Especialmente quanto à discriminação contra a mulher, existe uma convenção internacional específica que recomenda aos Estados signatários adotarem medidas efetivas para prevenir e erradicar todas as formas de discriminação contra a mulher em seus territórios – é a Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women – CEDAW), de 1979. O Comitê CEDAW, entendendo que “toda violência praticada contra a mulher é uma forma de discriminação que inibe gravemente a capacidade da mulher de gozar dos direitos e liberdades em condições de igualdade com o homem”, dispõe que os direitos reprodutivos das mulheres merecem a proteção dos Estados membros para uma “assistência apropriada em relação ao parto e ao período posterior ao parto” (OHCHR, 1979, artigo 12, item 2).

Em conformidade com a Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Direitos Humanos (ocorrida em Viena, em 1993), “Os direitos humanos da mulher e da menina são partes inalienáveis, integrantes e indivisíveis dos direitos humanos universais” (OHCHR, 1993). Considerando que no Brasil cerca de 25% das mulheres sofrem violência no parto, conforme resultado da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, pode-se assumir que as reiteradas práticas que resultam nesse tipo de violência constituem, por sua vez, uma grave discriminação contra as mulheres e em última análise configuram uma preocupante violação dos direitos humanos das mulheres.

A violação dos direitos humanos no parto tem sido denominada de violência na atenção obstétrica, conforme definição dada por países da América Latina, como citado anteriormente, e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Ademais, é qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (VENEZUELA, 2007).

Documentos técnicos importantes vêm sendo desrespeitados, como é o caso do Parecer Técnico da Febrasgo, de 25 de maio de 2009 (constante na Resolução Normativa nº 262/2011 da ANS), que indicou claramente os prejuízos da amniotomia (rotura precoce de membranas), da episiotomia e da cirurgia cesariana eletiva, desaconselhando a realização desses procedimentos.

Ressalta-se que a elevada proporção de cesarianas na rede privada de saúde (85% dos nascimentos em 2015) infringe o art. 3º da Resolução Normativa nº 368/15, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que determina expressamente que o atendimento dos planos privados de saúde deve estimular o parto normal. E no que tange ao atendimento em si, a segurança dos procedimentos obstétricos e neonatais é condição obrigatória do atendimento, que deve ainda ser digno e humanizado, a teor do que dispõe o art. 2º da Portaria nº 569/00, do Ministério da Saúde, órgão com competência para definir diretrizes sobre os aspectos técnicos do atendimento à saúde no país.

Como garantia dos aspectos técnicos da ambiência para o atendimento obstétrico e neonatal, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 36/08 regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal e define todos os critérios para funcionamento de estabelecimentos de saúde e atuação dos profissionais dessa área para o atendimento no país. A resolução determina, por exemplo, a adoção de partograma para registro da evolução do trabalho de parto (item 9.6.5, Anexo I). Essa indicação já estava corroborada pelo item

3 do Anexo III da Resolução Normativa nº 262/2011, da ANS, e agora é expressamente preconizada pela Resolução Normativa nº 368/15, da ANS.

No Brasil, o Poder Judiciário ainda não está sensibilizado com a questão do abuso, desrespeito e maus-tratos na assistência ao parto como violação de direitos humanos. Isso porque, em seus julgamentos, os juízes acompanham o laudo pericial, geralmente elaborado por profissionais desatualizados. O Quadro 4 apresenta uma síntese de alguns processos que tramitaram no Judiciário do país. Tais perícias configuram, em sua maior parte, a confirmação da banalização e aceitação dessa violência institucionalizada, já que colocam o dano sofrido durante o parto como resultado da defetividade do corpo feminino.

Quadro 4: Resumo de alguns processos referentes a práticas de atenção a partos.

ESTADO	AÇÃO	SENTENÇA	SENTENÇA	SENTENÇA FINAL
SP	Reparação de danos. Erro médico. Ressarcimento por danos morais e estéticos decorrentes de falha de procedimento cirúrgico de parto: Fístula reto-vaginal e granulomas decorrentes de Episiotomia	Improcedência	Recurso Apelação nº 0009893- 26.2006.8.26.0286 -TJSP	Não acolhimento. Não há nexo causal e fato lesivo. Não houve caracterização de imperícia, imprudência ou negligência, assim como nunca houve alegado risco de morte como consequência do mesmo
SP	Indenização por danos materiais e morais. Erro médico. Incontinência urinária aos esforços (IUE) pós curetagem	Improcedência. Prova pericial afasta qualquer hipótese de erro médico	Recurso. Apelação nº 0015923- 16.2003.8.26.0405 - TJSP	Recurso improvido. Autora não se desincumbiu do ônus de demonstrar os fatos alegados. Não há como associar restos placentários e curetagem puerperal como determinantes IUE. Fica evidente que a IUE é decorrente de seus partos normais
MG	Reparação por danos materiais e morais. Surgimento de fístula reto-vaginal	Improcedência	Recurso Apelação nº 1.0392.08.011094- 4/001 - TJMG	Sentença mantida, recurso desprovido. Inexistência de prova de nexo etiológico. “Os elementos e circunstâncias dos autos impõem, indubitavelmente, a improcedência do pedido indenizatório”
MS	Indenização por danos morais. Manobra de Kristeller associada a fratura de costela durante uma cirurgia cesariana	Inexistência de culpa	Recurso Apelação nº 0066443- 37.2011.8.12.0001 - TJMS	Sentença mantida. Recurso conhecido e desprovido. Ausência de nexo de causalidade. Realização de todos os procedimentos cabíveis e possíveis diante das circunstâncias adversas - manutenção da vida da paciente e de seu filho
MS	Indenização por danos morais. Erro médico. Paralisia cerebral por falta de oxigenação	Preliminar de inovação probatória afastada	Recurso. Apelação nº 2011.016685-2/0000- 00 - TJMS	Recursos improvidos. Não se pode responsabilizar o médico pela lesão ocasionada à criança. Conclui-se não ser possível conciliar o método aplicado ao resultado danoso verificado. Sem nexo de causalidade

Fonte: Adaptado de Tesser et al. (2015).

Esses dados mostram que, em geral, ainda é muito difícil haver sentença favorável a quem entra com ação caso julgue ter havido má prática profissional. Ademais, a sentença é quase sempre desfavorável a quem pleiteia. Isso evidencia que são necessárias ações para garantir os direitos das mulheres, o que envolve capacitar os profissionais do direito (advogados, juízes, promotores e defensores públicos) para que possam atuar na defesa das mulheres, seja preventivamente, garantindo seu direito a uma atenção à saúde adequada no parto e nascimento, seja no devido ressarcimento dos danos causados pela violação aos seus direitos básicos.

Ademais é necessário investir na formação dos recursos humanos durante a graduação e a especialização e na formação continuada, com conteúdos como o respeito à fisiologia e aos direitos das mulheres, práticas baseadas em evidências científicas e outras; informar e fortalecer a autonomia de usuárias e famílias, com informações sobre a assistência ao parto e sobre direitos, principalmente o direito a acompanhante de escolha e sobre a existência da Central de Atendimento à Mulher – Disque 180; fomentar pesquisas e o desenvolvimento de indicadores de abuso e desrespeito na assistência obstétrica; implementar o Fórum Perinatal, no âmbito da Rede Cegonha, com regulação e controle social; e incluir a assistência ao abortamento e o acesso a aborto seguro na pauta de prioridades.

O ensino da obstetícia

Nos anos 1990 intensificou-se um movimento na medicina denominado Medicina Baseada em Evidências e que tem sido muito difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua origem deve-se à proliferação de técnicas de diagnóstico e terapêutica que, após anos de uso, foram identificadas como não efetivas, ou mesmo como geradoras de problemas maiores do que os que visavam tratar. No campo da atenção perinatal, criou-se a Biblioteca de Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde, que, em parceria com a Colaboração Cochrane (ENKIN *et al.*, 2000), estudou as práticas adotadas na atenção a partos e nascimentos. O manual que resultou desse trabalho (OMS, 1996) classificou as práticas então correntes em quatro grupos: Grupo A, práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas; Grupo C, práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam de mais pesquisas; e, finalmente, o Grupo D, práticas que podem ser benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada, como as cesarianas, episiotomias, induções e outras.

Em várias escolas de medicina e enfermagem brasileiras ainda são ensinadas as práticas de atenção ao parto e nascimento classificadas no Grupo B, reconhecidamente lesivas para a saúde das mulheres e a de seus bebês, mantendo-se um modelo de atenção que deveria ser substituído pelo de atenção humanizada e com base nas práticas recomendadas que constam do Grupo A. Exemplos de práticas não recomendadas que, ainda hoje, são ensinadas em escolas de medicina e de enfermagem são: infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto, cateterização venosa profilática de rotina, uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto e para o parto, estímulo a esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto e massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto. Além disso, ainda que com menor magnitude, ainda são ensinados a tricotomia e o enteroclistma. Também fazem parte do currículo as práticas classificadas no Grupo D, isto é, práticas fora do contexto para o qual elas foram originalmente concebidas, como a cesariana, a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, o controle da dor por agentes sistêmicos ou por analgesia peridural, o monitoramento eletrônico fetal contínuo, a correção da dinâmica com a utilização de ocitocina, o uso liberal ou rotineiro de episiotomia e o parto operatório com fórceps. Também são realizados exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços. Ademais, a maior parte dos hospitais-escola não adaptou suas instalações ao que é preconizado pela Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008, mantendo a separação entre os ambientes para atenção ao pré-parto, para parto e para o pós-parto imediato. Como consequência, a parturiente é rotineiramente transferida para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto. (Hotimsky, 2007)

Entre 2004 e 2006, o Ministério da Saúde realizou 30 seminários de atenção obstétrica e neonatal humanizada e baseada em evidências científicas em todos os estados e no Distrito Federal. Porém, como o ensino de obstetrícia preserva as práticas do Grupo B mencionado, iniciativas como essa têm pouco impacto na forma como a assistência é prestada. Leal *et al.* (2014), em estudo com representatividade nacional de partos atendidos no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar em 2011 e 2012, evidenciam que 91,7% das mulheres que têm parto vaginal permanecem em posição de litotomia; 53,5% são submetidas à episiotomia e 36,1%, à manobra de Kristeller; utiliza-se cateter venoso periférico em 74,9% das parturientes, ocitocina em 36,4%, amniotomia em 39,1% e analgesia peridural em 33,9%. Quanto às práticas do grupo A, ou seja, recomendadas pela OMS, a alimentação é oferecida a 25,2% das mulheres, a movimentação é permitida para 44,3%, o partograma é utilizado em 41,4% dos casos e os procedimentos não farmacológicos para alívio da dor são adotados em 26,7% dos nascimentos.

A constatação de que o ensino de obstetrícia não acompanha as evidências científicas é reforçada por Hotimsky (2007), cuja pesquisa etnográfica em duas conceituadas escolas de medicina de São Paulo verificou como se articulam a competência técnica e científica e o cuidado ou a relação com a parturiente, no ensino teórico e prático. Segundo a autora, privilegia-se a transmissão oral do conhecimento e a memória, em relação ao registro escrito e à consulta ao prontuário. Frequentemente são adotadas condutas questionáveis com base nas evidências científicas. As decisões acerca das condutas ou tratamentos não são compartilhadas com as mulheres, que muitas vezes sequer são informadas a respeito, e não há parâmetros para avaliar as atitudes de alunos em suas interações com as mulheres. A pesquisadora comenta que existem acordos informais entre os assistentes de ensino na divisão de plantões que se contrapõem aos organogramas formais e subordinam os objetivos institucionais da boa formação e assistência aos interesses individuais e coletivos dos obstetras responsáveis pela supervisão do ensino, como um componente oculto do currículo que acaba servindo de modelo para outros acordos que envolvem residentes e alunos. Isso evidencia não apenas a ausência de transmissão de conteúdos cientificamente embasados, mas também um modelo de formação profissional carente em transmissão de valores humanistas.

Este quadro é característico não apenas de nosso país, mas traduz uma cultura institucional e institucionalizada. Segundo a publicação da Organização Mundial da Saúde,

Outros estudos revelaram que uma mulher com um parto de baixo risco dando à luz seu primeiro filho num hospital de ensino poderia ser atendida por até 16 pessoas durante 6 horas de parto, e ainda assim ficar sozinha durante a maior parte do tempo. (OMS, 1996, p. 11).

Países desenvolvidos e com um sistema de saúde organizado também expressam preocupações com a atenção ao parto, como se nota no documento do Ministério da Saúde canadense:

O desenho de um serviço de atenção ao parto não necessariamente provê cuidados à maternidade e ao recém-nascido mais centrados na família. De fato, a filosofia do cuidado é primariamente sustentada pelos profissionais de saúde. Conquanto instalações parecidas com o domicílio sejam ambientes de trabalho mais agradáveis para os provedores de cuidados de saúde, e os ambientes possam influenciar suas atitudes de forma mais favorável, os estudos mostram evidências muito fortes da necessidade de mudanças por parte da equipe de

provedores de cuidado, o que vai além das instalações físicas das unidades de pré-parto. Se as mudanças nas instalações físicas são desejáveis, elas deveriam ser acompanhadas por esforços em mudar o comportamento dos provedores de cuidados em saúde, de forma que eles ofereçam às mulheres em trabalho de parto suporte baseado nos princípios de cuidados à maternidade e ao recém-nascido centrados na família. (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, [ca. 2011]. Grifo nosso).

Em nosso país, a RDC nº 36/2008 da Anvisa disciplina a questão da organização do espaço físico para uma atenção humanizada e que acompanhe as recomendações científicas internacionais, mas até 2015 não se tem notícia de que hospitais de ensino tenham adaptado sua ambiência a essas diretrizes. Da mesma forma, o modelo de assistência não muda de maneira a possibilitar a melhoria da qualidade e dos indicadores de saúde.

Segundo Santos (2011), existem três tipos de currículo: o currículo formal, o currículo real e o currículo oculto. O currículo formal é o expresso em leis e diretrizes curriculares, com objetivos e conteúdos de disciplinas bem definidos. O currículo real compreende aquele ensinado em sala de aula, as tarefas, as atividades que geram a aprendizagem, que pode ou não estar sintonizado com o currículo formal. Já o currículo oculto denomina as influências de atitudes, comportamentos e práticas de professores e serviços que acabam influenciando as atitudes e práticas profissionais futuras, e que não aparecem no planejamento didático.

É pouco estudado o que ocorre em termos de currículo oculto no ensino de obstetrícia, mas é provável que seja importante aspecto da aprendizagem. Apenas para citar dois exemplos: um hospital-escola que acolhe e incentiva a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e no parto, para todas as mulheres, incluindo as adolescentes, ensina que é importante o respeito às leis, no caso, a lei 11.108 (BRASIL, 2005b) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei 8.069/1990). Um profissional formado nesse serviço acolherá com tranquilidade a presença de acompanhantes. Constata-se que, em que pese o determinado pela lei, seu cumprimento é parcial. Não há estatísticas sobre presença de acompanhantes em hospitais de ensino, todavia, os dados existentes refletem a adesão geral ao que é preconizado por essa lei. Com dados de 2011 e 2012, o inquérito Nacer no Brasil (DINIZ *et al.*, 2014) evidencia que apenas 18,8% das mulheres têm acompanhante em todas as fases da internação e 24,5% não contam com acompanhante em qualquer momento. Outro exemplo: hoje em dia é considerado importante que o ensino se dê em condições reais, ou seja, na rede assistencial. Todavia, nem todos os hospitais que se tornam campos de prática adotam algum protocolo definido para seu atendimento. Assim, pode-se supor que essa condição de aprendizagem origine certa liberalidade na indicação de condutas, na medida em que é muito provável que cada plantonista adote uma conduta pessoal, não baseada em protocolos, para determinadas situações.

Em termos de currículo oculto, Hotimsky (2007) constata que o número de preceptores e professores no plantão não corresponde à programação difundida. Entre docentes, é elaborado um esquema de quem responde pelo plantão; embora o pagamento se processe por plantão, o profissional recebe, mesmo não estando presente. Com isso, quem fica no plantão acaba sobrecarregado, e possivelmente não faz o acompanhamento do trabalho de parto como seria mais adequado para a assistência e o ensino. Como resultado desse “esquema de plantão”, temos preceptores sobrecarregados e, como currículo oculto, prevalece a mensagem de que é possível se trabalhar fazendo “esquemas”.

Outro item do currículo oculto citado por Hotimsky (2007) refere-se a uma “etiqueta de plantão”, qual seja, a de se “limpar a área” para o próximo plantão, ou seja, “limpar” os leitos de pré-parto. Há três formas de “limpar a área”: (a) realizando cesáreas desnecessárias; (b) assistindo partos vaginais com intervenções que os acelerem: aumentar gotejamento de ocitocina, descolar a bolsa amniótica, romper a bolsa, realizar manobra de Kristeller, episiotomia, fórceps; (c) fechar o pronto atendimento ou o pronto-socorro obstétrico por falta de vagas no berçário (esta alternativa, com a colaboração da UTI neonatal).

Hotimsky (2007) ainda relata que há banalização da violência institucional, com desrespeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos e reificação das hierarquias de classe e gênero, o que se traduz, em termos de currículo oculto, na interpretação de que as parturientes atendidas nos hospi-

tais-escola não têm a mesma prioridade que as necessidades e interesses dos profissionais, residentes e estudantes.

Ainda em relação ao ensino de obstetrícia, um estudo com 230 médicos no Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia de 2001, em São Paulo, utilizou questionário escrito, anônimo, individual, com sete perguntas de múltipla escolha sobre condutas obstétricas clínicas baseadas em evidência, uma pergunta sobre interpretação de um gráfico de metanálise e duas perguntas sobre opinião e uso de revisões sistemáticas. A média geral foi de $49,2 \pm 17,4$. Médicos formados nos cinco anos anteriores à pesquisa tiveram notas mais altas do que aqueles formados há mais de 25 anos ($52,2$ versus $42,9$). O desempenho não variou significativamente conforme ter ou não residência e pós-graduação ou ser docente. Os resultados são considerados preocupantes, pois se médicos motivados que participam de um congresso nacional têm notas tão baixas, pode-se especular que os resultados seriam ainda piores entre os profissionais que não participam desses eventos (SASS *et al.*, 2005).

Os altos níveis de mortalidade materna, estabilizados há tempos, podem ser evidência do despreparo profissional para lidar com urgências e emergências obstétricas, assim como o fato de que, na maior parte dos países, a principal causa dessa mortalidade são as síndromes hemorrágicas, enquanto no Brasil são as síndromes hipertensivas.

Ademais, há dificuldade de campos de estágio para estudantes de enfermagem, pois quando há estudantes de medicina, estes têm o privilégio no atendimento, deixando estudantes de enfermagem em posição subalterna. Outro problema é que o trabalho em equipe multiprofissional se aprende durante a graduação; porém, na medida em que não há interação dos processos de formação, ou seja, não se ensina o trabalho em equipe multiprofissional durante a graduação, será mais difícil que profissionais passem a trabalhar dessa forma, com relações horizontais, depois de formados.

O que se depreende é que, para modificar o modelo de assistência, será imprescindível alterar a forma como vem se processando o ensino de obstetrícia no país, e incluir conteúdos como: as práticas humanizadas e baseadas em evidências científicas e que são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde; conteúdos referentes a direitos humanos, direitos de usuárias e direitos sexuais e direitos reprodutivos; e informações sobre leis, portarias e dispositivos legais relacionados com a atenção a partos e nascimentos. Também será necessário incluir conteúdos de humanidades que propiciem a reflexão sobre o significado do *nascer, morrer e adoecer* na vida das pessoas, sobre o psiquismo pré e perinatal e reflexões sobre uma assistência centrada na paciente e sua família ou em pessoas que lhe dão apoio nesse momento, assim como incluir a proposta de trabalho em equipe multiprofissional desde a formação.



○ parto normal



Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), o parto é considerado normal quando: tem início espontâneo; é avaliado como de baixo risco no início do trabalho de parto; permanece sem riscos até o nascimento espontâneo; ocorre por via vaginal, com a criança em posição cefálica, e a idade gestacional (IG) está entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Ao final, mãe e recém-nascido encontram-se em boas condições.

Há alguns documentos balizadores de como deve ser a atenção ao parto normal: as já mencionadas publicações da Organização Mundial da Saúde de 1985 e 1996 (WHO, 1985); o Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto (ENKIN *et al*, 2000); o manual do Ministério da Saúde *Parto, Aborto, Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher* (2001); e, mais recentemente, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a). Ademais, a International MotherBaby Childbirth Organization propôs os Dez Passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe-Bebê (INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH ORGANIZATION, 2008), sendo que esses dez passos compreendem tanto aspectos vinculados à qualidade, como à humanização. Em 2015, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs a *Mother-Baby Friendly Birthing Facilities* (FIGO, 2015) e a partir de 2016, ambas essas iniciativas foram consolidadas em única, a *International Childbirth Initiative – 12 Steps to MotherBaby-Family Friendly Maternity Services* (FIGO & IMBCO, 2018). Adicionalmente, também em 2018 a OMS publicou as WHO recommendations *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, atualizando as recomendações de 1996.

Benefícios do parto normal para a mulher

O documento da OMS (1996) valoriza a abordagem do parto como um processo fisiológico, a liberdade da mulher para viver a experiência de nascimento de seus filhos à sua própria maneira, no local de sua escolha (FIGO, 1992), e propõe que a tecnologia seja utilizada de forma apropriada, sem intervenções além daquelas absolutamente necessárias. Como citado acima, o documento da

OMS de 2018 o atualiza, preconizando a busca de que o parto seja uma experiência positiva para a mulher e sua família. A partir dessas considerações, foi possível identificar os benefícios do parto normal elencados a seguir.

O parto normal, humanizado e respeitoso respeita também os intrincados processos hormonais responsáveis pelo nascimento de uma criança, que também capacitam a mulher e seu bebê para os desafios da maternagem. Assim, na medida em que não há um acesso venoso rotineiro, a mulher pode andar livremente e não precisa ficar presa a uma cama ou aposento, podendo ir aonde desejar. De acordo com as recomendações positivas da OMS, a parturiente pode se alimentar e ingerir líquidos à vontade e escolher as posições que lhe são mais confortáveis durante o trabalho de parto e no parto. Se a ambiência está estruturada de acordo com as recomendações oficiais (ANVISA, 2008), há privacidade para a mulher e seu/sua acompanhante. Ainda no que se refere ao apoio, a experiência de parto torna-se menos dolorosa quando a mulher tem acesso a uma doula e a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Deve-se lembrar que o parto normal favorece uma recuperação pronta e rápida após o nascimento, oportunizando uma interação plena com o recém-nascido; sem ter recebido drogas durante seu trabalho de parto, a mulher estará menos suscetível a efeitos colaterais ou a repassar os fármacos para o feto; sem ter sido submetida a procedimento desnecessário, certamente não terá cicatrizes (de uma cesárea ou episiotomia), o que também favorece uma recuperação mais rápida e sem dores. Por fim, com uma experiência satisfatória de parto, reduzem-se as probabilidades de depressão pós-parto.

Por outro lado, há na literatura o reconhecimento de como, ao sentir-se no controle do processo, a mulher tem uma experiência mais positiva do parto (COOK; LOOMIS, 2012; GREEN; BASTON, 2003; WHO, 2018). A experiência de parto como esta proposta permite que ela se sinta ativa, participando ativamente do nascimento do seu filho; ela pode ficar sozinha se desejar, ou pedir companhia e ajuda se assim quiser, escolhendo quem estará com ela; suas escolhas lhe propiciarão o silêncio e a privacidade necessários ao momento do parto; ela poderá usar suas próprias roupas, escolher posições, continuar com seus pertences (óculos, anéis, brincos ou outros). Vivenciando dessa forma seu parto e o nascimento de seu filho, a mulher auferirá maior satisfação dessa experiência. Isso pode contribuir para a mudança da cultura do parto como experiência arriscada e traumática, para uma de realização e satisfação, assim como para o avanço na mudança de paradigma.

Benefícios do parto normal para o bebê

Buhimschi e Buhimschi (2006) afirmam, que apesar de muitos esforços e extensa literatura, nosso conhecimento sobre a parturição continua limitado. Em face ao intenso debate que surgiu na obstetrícia quanto a benefícios da cesárea em relação ao parto normal, as autoras argumentam que o ceticismo só deve ser contestado por evidências sólidas. Entre os possíveis benefícios do parto normal para o bebê foram citados a compressão torácica, os níveis mais elevados de catecolaminas e a melhor percepção da mãe. A compressão torácica sobre o recém-nascido que ocorre durante o parto vaginal seria benéfica para a resposta do sistema respiratório. Desde a década de 1940 discute-se uma possível associação entre aumento dos casos de síndrome do desconforto respiratório em recém-nascidos e nascimento pela via cirúrgica, especialmente com relação à cesárea eletiva. Os estudos têm mostrado que o risco de morbidade respiratória duplica a cada semana a menos do que 39-40 semanas de gestação em que se realiza a cesárea eletiva. Os níveis de catecolaminas são mais elevados em recém-nascidos de parto normal e alguns autores postulam sua importância para a adaptação neurológica dos bebês, nas primeiras 48 horas de vida. A percepção das mães é melhor no parto normal, o que facilita uma interação saudável com a criança nas primeiras horas após o nascimento. O contato pele a pele e a amamentação precoce, que são benéficas ao recém-nascido, são favorecidos no parto normal.

A contribuição das doulas para o parto normal

Mulheres cuidando de mulheres no parto é uma prática bastante antiga e comum na maioria das sociedades. Odent (2000) fala desta prática como uma estratégia utilizada pelas mulheres para se sentirem seguras e, assim, manter um baixo nível de adrenalina durante o maior tempo possível. Ainda na Antiguidade elas se certificavam de que suas próprias mães estariam ao seu lado, ou uma substituta para a mãe dentro da estrutura familiar ou então uma mulher, mãe e experiente, pertencente à comunidade (ODENT, 2000). Mas esta prática ancestral entre mulheres, considerada como um ingrediente vital no nascimento, praticamente desaparece no momento em que a assistência ao parto deixa o domicílio e segue para o hospital, desencadeando modificações na experiência de dar à luz (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 1993). A institucionalização do parto gera mudanças no modelo de assistência ao parto e nascimento, a substituição da casa pelo hospital e a troca da parteira pelo médico, o que transforma um modelo feminino de atenção em um modelo masculino, na maioria das vezes desatento à real necessidade das mulheres neste momento existencial tão importante (DIAS, 2006). No novo contexto de nascimento, determinadas vertentes do saber científico passam a ser hegemônicas, suplantando, por vezes, aquelas que permitiriam reconhecer as necessidades das mulheres (HORTA *et al.*, 2011).

Nas últimas décadas, na busca por mudanças do modelo biomédico/tecnocrático de assistência ao parto, novas possibilidades de cuidado surgiram como estratégia de uma assistência humanizada, entre elas a tentativa de resgatar essa “mulher do passado”, agora denominada doula, para retomar um cuidado diferente do prestado pela equipe técnica assistencial e pelo acompanhante (HORTA, 2008).

Danna Raphael (1973), antropóloga americana, pesquisadora da prática do aleitamento materno, foi quem primeiramente resgatou a palavra *doula*, que na Grécia, nos tempos de Aristóteles, significava ‘escrava’. Atualmente, esta palavra é usada para descrever a mulher que cerca outra mulher, junta-se a ela, para apoiá-la em qualquer momento dentro do período perinatal. A função da doula varia nas diferentes culturas: o que importa não é o que a doula faz, nem como faz, mas o fato de estar ao lado e à disposição da mulher. A autora considera que a presença da doula proporciona tranquilidade, faz com que a mulher se sinta segura para ter seu filho e, conseqüentemente, para acolher o bebê e cuidar dele (RAPHAEL, 1973).

Klaus, Kennel e Klaus (1993) identificam a doula como uma mulher experiente em parto, que proporciona suporte físico, emocional e informativo à mãe, antes, durante e imediatamente após o parto. Os autores ressaltam a importância de distinguir o papel da doula daquele desempenhado por outras pessoas envolvidas no nascimento, pois para eles a doula não é capacitada para realizar condutas obstétricas. Entretanto, o treinamento de uma doula deve incluir o aprendizado sobre as intervenções usuais, para que elas sejam capazes de esclarecer algumas dúvidas e ansiedades da parturiente e de seu ou sua acompanhante.

O primeiro estudo randomizado sobre os efeitos do suporte oferecido por doulas foi realizado na Guatemala, com primíparas, considerando os casos sem intercorrências, e avaliou o tempo de trabalho de parto e a interação da mãe com o filho após o parto. Evidenciou-se que o tempo de trabalho de parto foi significativamente menor com a presença de doula, houve melhor interação da mãe com o filho, as mães que receberam apoio permaneceram mais despertas após o parto, sorriram e conversaram mais com seus bebês. Os resultados sugerem que o suporte por doulas, durante todo o trabalho de parto, pode melhorar os indicadores perinatais (SOSA *et al.*, 1980).

Uma primeira evidência crucial sobre os benefícios proporcionados pelo suporte da doula vem

com a publicação da metanálise de seis estudos controlados e randomizados, desenvolvidos em cinco países, com primíparas saudáveis e sem intercorrências na gestação. A revisão concluiu que a presença da doula reduz os índices de cesariana, a duração do trabalho de parto, o uso de ocitocina, o pedido de analgésicos, o pedido de analgesia peridural e o uso de fórceps. Ainda, o suporte proporcionado pela doula melhora o bem-estar de mães e filhos e diminui a intervenção médica durante o trabalho de parto; portanto, traz economia financeira à família e aos hospitais (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 1993).

A revisão da Cochrane (HODNETT *et al.*, 2013), que incluiu estudos de 22 ensaios, de 16 países, envolvendo mais de 15 mil mulheres em uma ampla gama de configurações e circunstâncias, indicou que as mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto são mais propensas a dar à luz naturalmente, ou seja, sem utilizar cesariana, vácuo-extrator nem fórceps, e menos propensas a utilizar medicação para dor. Os bebês dessas mães são menos propensos a exibir baixos índices de Apgar no nascimento. Não foram identificados efeitos adversos, concluindo-se que todas as mulheres devem ter apoio contínuo durante o trabalho de parto. Sua eficácia pode ser aumentada ou reduzida conforme políticas e práticas do cenário e pela natureza da relação entre o prestador e a parturiente. O estudo aponta, ainda, que apoio de pessoas com uma relação próxima é qualitativamente diferente e mais complexo que o de uma mulher que é experiente, frequentemente treinada para fornecer apoio e que não tem outra função além de oferecê-lo (HODNETT *et al.*, 2013).

Na África do Sul, um ensaio clínico randomizado avaliou o suporte oferecido às parturientes num hospital da comunidade que atende população de baixo poder aquisitivo. O suporte é proporcionado por voluntárias da comunidade, selecionadas por dinâmicas que avaliam suas atitudes em relação ao nascimento, à capacidade de expressar empatia e de dar apoio emocional à parturiente. Após a seleção, essas mulheres são orientadas a permanecer, continuamente, ao lado da parturiente, concentradas em três funções básicas: confortar, tranquilizar e elogiar. Os resultados apontam pouca diferença em relação ao trabalho de parto, mas há diferenças significativas nos aspectos psicológicos. As mulheres que recebem suporte têm a autoestima elevada, sentem-se mais fortes e confiantes com a maternidade e iniciam com sucesso o aleitamento materno. Na sexta semana após o parto, as mulheres do grupo de intervenção apresentaram maior índice de aleitamento materno exclusivo e reportaram maior facilidade para exercer suas funções maternas (HOFMEYER *et al.*, 1991).

No Brasil, reconhecer, valorizar e proporcionar o acesso ao suporte contínuo proporcionado pela doula tem sido um grande desafio para o processo de humanização do parto e nascimento, inclusive no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, o Hospital Sofia Feldman (HSF), em Belo Horizonte (MG), implantou o Projeto Doula Voluntária desde julho de 1997, idealizado com base na literatura científica. Senhoras da comunidade foram recrutadas e capacitadas para exercer trabalho voluntário de acompanhante das mulheres durante o trabalho de parto, o parto e puerpério, na maternidade do hospital. O projeto tem como objetivo proporcionar apoio constante à mulher e a seus familiares durante o parto visando melhorar resultados perinatais e aumentar o grau de satisfação das mulheres e familiares, e resguardar um tratamento individualizado e personalizado à mulher, fortalecendo-a como cidadã perante o aparato médico institucionalizado (HSF, 1997; LEÃO, 2000).

Assim, desde 1997, as doulas voluntárias estão presentes em todos os plantões na maternidade do HSF. Inicialmente, elas exerciam voluntariamente sua função e, desde 2014, após o Ministério do Trabalho contemplá-las na Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2016), elas são contratadas pela instituição com o objetivo de proporcionar apoio à parturiente e a seus familiares ou acompanhantes (BRASIL, 2005b). A atuação das doulas nessa instituição tem sido foco de estudos científicos (LEÃO, 2000; HORTA, 2008; FIGUEIREDO, 2013; OLIVEIRA, 2015) e, em 2001, este programa foi considerado exitoso pelo Ministério da Saúde, um modelo a ser desenvolvido em outras instituições. Para tal fim, foi produzido um material pedagógico específico para facilitar as capacitações, passando a ser referência para o SUS (MADEIRA *et al.*, 2005; MADEIRA *et al.*, 2006). A atuação das doulas, considerada como uma estratégia de humanização do parto e nascimento, é

reforçada pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

São várias as referências internacionais favoráveis à inclusão das doulas nos serviços de saúde. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a Sociedade de Medicina Materno-Fetal (SMFM), em março de 2014, após revisão de estudos, emitiram um parecer sobre a prevenção segura da primeira cesárea. Este relatório identifica o suporte durante o trabalho de parto como um fator crucial na redução da taxa de cesarianas em primíparas e também observa outros benefícios neste tipo de suporte. Ao final, o documento considera que este recurso é subutilizado (GREEN; HOTELLING, 2014). O Guia Prático da OMS recomenda que uma mulher seja acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sente à vontade: seu parceiro, sua melhor amiga, uma doula ou uma enfermeira obstétrica ou obstetriz (OMS, 1996). O manual Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, do Ministério da Saúde, refere-se à doula como uma pessoa treinada para acompanhamento do trabalho de parto. Indica que sua presença não onera o serviço e não requer infraestrutura ou aparelhagem específica. Evidentemente, não tem qualquer contraindicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A maior e mais antiga associação de doulas ressalta que o papel da doula complementa o apoio ofertado pelo acompanhante e pela equipe técnica, ao mesmo tempo em que adverte que o papel de defesa não significa a doula falar no lugar da mulher ou tomar decisões por ela, portanto, este papel seria mais bem descrito como suporte, informação, mediação ou negociação (DOULAS OF NORTH AMERICA, 2016).

A ação mediadora da doula favorece os vínculos, a construção de alteridades, as alianças sociais e a produção de práticas humanizadas, solidárias, que qualificam a atenção à mulher e o cuidado no parto e nascimento (HORTA *et al.*, 2011). Se todos os membros da equipe que assistem o parto possibilitarem a inclusão de saberes diferenciados, respeitarem-se uns aos outros e as habilidades e contribuições de cada um, esta equipe poderá fornecer os melhores cuidados para a parturiente e sua família. Em contrapartida, a tensão entre as pessoas presentes na cena do parto pode ser nociva à saúde emocional e produzir efeitos físicos para a parturiente e o feto (GILLILAND, 2002; GREEN; HOTELLING, 2014).

Estudiosos sugerem práticas que podem auxiliar doulas no apoio à mulher no parto e nascimento (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; DOULAS OF NORTH AMERICA, 2016):

- reconhecer o parto como uma experiência única para a mulher, e que permanecerá para sempre em sua memória;
- compreender a fisiologia do parto e as demandas emocionais da parturiente;
- permanecer com a mulher durante o trabalho de parto e parto;
- proporcionar suporte emocional, medidas de conforto físico, bem como ajudar a mulher a obter as informações de que precisa para tomar decisões informadas;
- mediar a comunicação entre a parturiente, seu companheiro e os prestadores de cuidados obstétricos;
- favorecer a participação de acompanhante no parto para que seja confortável;
- criar um ambiente tranquilo, com o foco e o interesse na parturiente, de modo a demonstrar tranquilidade, segurança e carinho;
- diminuir o medo e a ansiedade, promover encorajamento, contato físico e visual, valorizar as atitudes e os comportamentos da parturiente;

- orientar sobre intervenções obstétricas usuais, diferentes posições para dar à luz, esclarecer os termos técnicos e tirar as dúvidas da mulher;
- apoiar as demandas da parturiente e ajudar a defendê-las;
- utilizar métodos não farmacológicos de alívio à dor, como favorecer posições confortáveis para a parturiente; fazer massagens; levar ao banho de chuveiro ou banheira; ensinar a movimentar o corpo com bola, cavalinho, escada de Ling, entre outros equipamentos, e promover técnicas relaxamento físico e mental.

Contudo, reafirma-se a necessidade de as instituições de saúde modificarem suas práticas rotineiras tradicionais, bem como as relações de poder e de trabalho, com o objetivo de facilitar e aprimorar o desenvolvimento de ações benéficas e cuidadosas com parturientes em situação de estresse, de incertezas e com dificuldade de tomar decisões assertivas (SILVA *et al.*, 2012).

Entende-se que diferenças na atividade das doulas continuarão existindo, inclusive porque as necessidades de suporte de uma mulher no parto variam, são inusitadas e inesperadas inclusive para a própria mulher, sendo os cenários também diversos. Nesse sentido, raramente as atividades da doula serão predeterminadas. Mas avalia-se que a que a força instituinte da doula situa-se na diferença e no potencial de sua presença para a mudança de paradigma da atenção ao parto e ao nascimento (HORTA, 2008).

Compreende-se que a doula deve acreditar no potencial das mulheres para parir. Então, ela deve acolher a parturiente incondicionalmente, respeitando sua individualidade, favorecendo um ambiente saudável para o parto. Nessa perspectiva, o papel primordial da doula é o de ajudar uma outra mulher a acessar sua força interna e alcançar o bom parto. Em síntese: para alcançar a luz, uma mulher necessita primeiramente buscar força no seu íntimo, na parte mais escura do seu ser, e esta aventura torna-se mais fácil com a presença de uma outra mulher experiente, afetiva, firme e forte. Assim, reitera-se que a função da doula varia nas diferentes culturas: pode ir de um pequeno socorro até uma completa ajuda, com um leque de atuações como as atividades listadas anteriormente (RAPHAEL, 1973).

Embora os benefícios clínicos do suporte oferecido pelas doulas sejam inegáveis do ponto de vista científico, seu papel ainda não está consolidado. Essa atividade ainda é um tema complexo, polêmico e tem sofrido várias críticas. Entretanto, é importante colocar em pauta esta discussão no sentido de fortalecer e expandir este cuidado, para que cada vez mais mulheres, independentemente de raça, cultura, religião ou condição socioeconômica, tenham acesso ao suporte oferecido por doulas em seus partos. E, no Brasil, vem se expandido os cursos de doulas, que estão atuando tanto no setor público como no privado, favorecendo a adoção do processo fisiológico na atenção a partos e nascimentos.



A cesariana



A cirurgia cesariana é reconhecidamente uma intervenção que permite melhorar o prognóstico seja da mulher, seja do bebê, quando há algum fator que coloca em risco suas vidas. Todavia, se utilizada forma eletiva, fora de suas indicações precípua, pode ter consequências desfavoráveis. As Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, publicação do Ministério da Saúde (2016b) são a mais atual referência para essas indicações. Segue-se um breve resumo da literatura sobre as possíveis consequências da cesariana para mulheres e bebês.

Possíveis consequências para a saúde das mulheres

Durante uma gestação de risco habitual, de um bebê em apresentação cefálica, no termo (entre 37 e 42 semanas de gestação), o trabalho de parto espontâneo e o parto vaginal associaram-se a melhores desfechos maternos e perinatais, quando comparados ao nascimento por cesariana eletiva sem indicação médica. Os resultados do Global Survey, estudo multicêntrico conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com 290.610 nascimentos (15.129 do Brasil), mostraram um risco seis vezes maior de complicações graves associadas à cesariana, especialmente quando realizada sem indicação clínica. Entre essas complicações, destacam-se risco de morte, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), necessidade de transfusão e necessidade de realização de histerectomia (retirada do útero durante o nascimento, por complicações infecciosas ou hemorrágicas). Todos esses desfechos foram mais frequentes após a realização de cesarianas (SOUZA *et al.*, 2010). Mais recentemente, outro estudo mostrou que taxas de cesarianas maiores que 10%-15% aumentam complicações maternas e perinatais, sem benefícios clínicos, em populações de alta renda e, portanto, baixa vulnerabilidade sociocultural (YE *et al.*, 2014).

Dentro do contexto mundial, devemos lembrar que o Brasil não conseguiu cumprir a Meta de Desenvolvimento do Milênio 5, representada pela redução de até 75% dos óbitos maternos entre 1990 e 2015. Esse resultado desanimador também é influenciado pelo excesso de cesarianas em nosso país, além de outros fatores socioeconômicos, políticos e culturais. O aumento das complicações associadas às intervenções e aos procedimentos cirúrgicos rotineiros certamente colabora com o aumento do risco de morte durante o período gestacional.

Possíveis consequências de curto prazo para as mulheres

Existem condições adaptativas do organismo feminino para abrigar as crianças dentro do útero durante os nove meses da gestação. Essas modificações permitem adequados crescimento e desenvolvimento dos bebês. Assim, por meio de disponibilização de oxigênio e nutrientes, além de trocas metabólicas, os sistemas e órgãos da mulher criam os laços fisiológicos que permitem a manutenção da saúde da criança intra-útero. O órgão que viabiliza essas trocas é a placenta, mas todos os órgãos e sistemas femininos são modificados durante a gestação. Para que a nutrição e oxigenação dos bebês aconteçam de forma adequada, as adaptações que o organismo materno sofre incluem aumento de volume de sangue circulante (que pode chegar a 40% a mais do que o volume habitual da mulher fora da gestação), maior facilidade de coagulação sanguínea, para prevenção de perdas sanguíneas (mas que no entanto elevam riscos de trombozes e outras complicações), diminuição da capacidade funcional pulmonar (em cerca de 20%, comparada à função respiratória fora dos períodos gestacionais), entre várias outras (CUNNINGHAM, 2014). Todas essas adaptações não implicam comprometimento do bem-estar de gestantes saudáveis, embora signifiquem uma sobrecarga aos seus processos fisiológicos. Essas mesmas alterações fisiológicas que preparam a mulher para o parto podem colocá-la sob risco, se submetida a procedimento cirúrgico de médio/grande porte como a operação cesariana. Existe um ténue equilíbrio entre a fisiologia e o desenvolvimento de patologias nos sistemas maternos durante a gravidez, se ocorre desestabilização pelo estresse cirúrgico-anestésico. É, portanto, fundamental que haja claros benefícios imediatos para a mulher, para a criança intra-útero, ou para ambos, para a legitimação da realização de uma cesariana. Esse benefício deve superar as chances previsíveis de complicações.

Além do risco cirúrgico-anestésico, efeitos imediatos adversos para uma mulher submetida a uma cesariana incluem maior risco de separação do seu bebê recém-nascido, por efeito farmacológico da anestesia, por condições de instabilidade clínica e/ou hemodinâmica, ou ainda por rotinas institucionais desatualizadas. Em nosso contexto, é altamente provável que mulheres sejam separadas de seus bebês durante algumas horas após a realização de cesarianas sem que haja uma necessidade clínica para essa separação. O contato pele a pele entre mãe e bebê deve acontecer o mais precocemente possível, de preferência dentro da primeira hora de nascimento, o que implica que seja realizado de forma imediata e duradoura ainda dentro do centro cirúrgico, durante os procedimentos de sutura da cesariana. Para a mulher, o contato pele a pele precoce diminui o risco de hemorragia (sangramento excessivo) após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2011), e proporciona aleitamento materno de início mais precoce e de duração mais prolongada (MOORE *et al.*, 2012), pois mulheres submetidas a cesariana introduzem fórmulas artificiais mais precocemente na alimentação de seus bebês, quando comparadas às que tiveram um parto vaginal (PIERRO *et al.*, 2016). O aleitamento não exclusivo aumenta as chances de uma nova gestação não planejada subsequente, ou a necessidade de uso de métodos anticoncepcionais hormonais, não comportamentais, que podem apresentar efeitos adversos para o organismo materno (VAN DER WIJDEN, 2003).

O sangramento excessivo após o parto (hemorragia pós-parto) é a principal causa de morte materna no mundo todo. Existe uma grande vulnerabilidade da mulher a essa complicação, uma vez que mesmo parturientes saudáveis sem doenças, ou que não tenham desenvolvido nenhuma intercorrência durante o parto, estão sujeitas a ela. A hemorragia pós-parto é cerca de seis vezes mais frequente após cesarianas, exigindo com frequência novas intervenções cirúrgicas emergenciais, logo após o nascimento, ou após os primeiros dias (SOUZA *et al.*, 2010).

Ainda em curto prazo, mulheres submetidas a cesariana têm maior necessidade de uso de medicamentos após o parto. Entre esses medicamentos, podemos citar os analgésicos, uma vez que cirurgias levam a quadros dolorosos variáveis nos dias subsequentes. Também há com frequência maior necessidade de estimuladores do trânsito intestinal, pois cirurgias abdominais abertas podem levar

a quadros de lentidão da motilidade dos intestinos, devido à irritação pela presença de sangue e/ou secreções dentro da cavidade abdominal. O uso de antibióticos é mandatório durante procedimentos cirúrgicos em que a cavidade abdominal é explorada, de forma a prevenir infecções de feridas cirúrgicas. Não é infrequente a necessidade da extensão da terapêutica com antibióticos por vários dias após as cesarianas. Mais raramente, anticoagulantes podem ser necessários, especialmente se há necessidade de restrição da mulher no leito após a cesariana, ou se há antecedentes de doenças da coagulação (evento não tão raro em mulheres no menacme). Todas essas substâncias são excretadas no leite materno, e podem levar a efeitos adversos para os recém-nascidos, tais como sonolência, que também podem levar a repercussões sobre a amamentação exclusiva. Além das questões orgânicas, mulheres privadas do aleitamento imediato podem experimentar mais frequentemente isolamento afetivo e transtornos de ansiedade, com impacto negativo sobre seu núcleo familiar e, conseqüentemente, para a sociedade.

Possíveis conseqüências de médio e longo prazos para as mulheres

Durante o acompanhamento da saúde reprodutiva de mulheres submetidas a cesarianas, evidenciou-se que, comparativamente a mulheres que tiveram parto vaginal, as primeiras apresentam mais frequentemente comprometimento de fertilidade futura, com maior chance de óbito fetal intra-útero em gestação subsequente (MORAITIS, 2015) e maior incidência de dor pélvica recorrente (LOOS, 2008).

Após a primeira cesariana, é recomendável que mulheres possam experimentar uma prova de trabalho de parto subsequente. Isso significa que uma cesariana anterior não indica absolutamente a necessidade de realização de cesarianas nas gestações seguintes. A prova de trabalho de parto é a possibilidade de uma gestante entrar em trabalho de parto, induzido ou espontâneo.

A realização da segunda, da terceira e das subsequentes cesarianas aumenta drasticamente a ocorrência de morbidade materna grave, incluindo a “quase morte” ou *near miss* materno, e da morte materna. A primeira cesariana realizada numa mulher, apesar de todas as implicações biopsicossociais citadas, é de execução mais simples e menos arriscada que a realização de cesarianas sucessivas (iterativas). A partir da segunda cesariana, os riscos cirúrgicos elevam-se significativamente (embora já existam desde o primeiro procedimento). Assim, a partir da segunda cesariana, mulheres apresentam mais risco de complicações cirúrgicas, adicionando aderências e cicatrizes pélvico-abdominais aos já descritos riscos sistêmicos da adaptação do organismo materno à gestação, quando há intervenções cirúrgicas e anestésicas.

A rotura uterina é o grande temor associado à prova de trabalho de parto após cesariana. Trata-se de um rompimento da parede uterina, geralmente em local de cicatriz anterior, e que pode associar-se com a ocorrência fisiológica de contrações uterinas durante o trabalho de parto. Apesar de infrequente, a rotura uterina intraparto é um evento de emergência, de instalação abrupta, e que tem um potencial de gravidade alto, com frequência levando a altas morbimortalidades materna e perinatal. No entanto, o risco de rotura uterina é pequeno em números absolutos (0,5% a 0,9%). Além disso, esse risco, que é menor que 1%, é superado pelo benefício da possibilidade de até cerca de 80% de sucesso do parto vaginal nesses casos (ACOG, 2017).

Entre complicações possíveis de cesarianas sucessivas devidas a aderências/cicatrizes, destacam-se a lesão de órgãos pélvicos adjacentes ao útero (como bexiga, alças intestinais, vasos sanguíneos), maior risco de sangramento excessivo que causa risco de morte, podendo ocorrer antes do início do trabalho de parto, durante ou após o nascimento (até 24 horas, nos casos mais graves, e até mais de um mês, nos casos associados à infecção por retenção de porções de placenta). Existe maior risco de necessidade de retirada do útero no período gestacional, que implica em riscos cirúrgicos, mas tam-

bém em comprometimento definitivo da fertilidade de mulheres. Há maior chance de internação em UTI, ou internação prolongada além dos dois ou três dias habituais de internação após o nascimento. Há maior risco de infecção do útero (endometrite) e de outros órgãos pélvicos (ovários, bexiga, peritônio), maior risco de complicações tromboembólicas ou de coagulação (tromboembolismo pulmonar, que causa dificuldades respiratórias abruptas e frequentemente leva à morte), entre outras. No caso da segunda cesariana, todos esses riscos são superiores aos riscos inerentes a uma prova de trabalho de parto após uma cesariana, ou seja, da rotura do útero. Há evidências de que a prova de trabalho de parto após a primeira cesariana seja mais benéfica e menos arriscada para as mulheres, além de haver grandes chances de sucesso em obtenção de um parto vaginal (ACOG, 2017).

O risco de rotura uterina após múltiplas cesarianas pode variar entre 0,9% e 3,7%, e o sucesso do parto vaginal pode chegar a mais de 70%. O quadro clínico da rotura do útero até sua camada mais externa (serosa) pode levar a quadros graves e agudos, com alta taxa de complicações graves para parturientes e seus bebês, incluindo risco de morte. Entretanto, as complicações da repetição da cesariana também incluem hemorragia, necessidade de transfusão, internação em UTI, infecção com diferentes graus de gravidade, perfuração de vísceras, além de outras repercussões em médio e longo prazos (TAHSEEN *et al.*, 2010). As mulheres precisam conhecer riscos e benefícios associados às duas opções possíveis, e escolher de forma consciente qual via de nascimento atende às suas expectativas pessoais.

Após o nascimento da criança, a placenta (órgão desenvolvido para garantir a troca de nutrientes de mãe para filho durante a gestação) habitualmente desprende-se espontaneamente da superfície da cavidade do útero, local em que se instalou através de pontes ou ligações entre vasos maternos e fetais. Quando há aderência excessiva da placenta ao útero após o parto, caracteriza-se o acretismo placentário. Recebe especial atenção o percretismo placentário: ocorre invasão dos vasos e tecidos da placenta em órgãos adjacentes ao útero. Essa é uma complicação gravíssima, que leva a perda sanguínea materna expressiva, e necessidade de tratamento com retirada do útero (histerectomia), comprometendo definitivamente a fertilidade das mulheres.

Os diferentes graus de acretismo placentário configuram-se como síndromes hemorrágicas graves e de manejo cirúrgico complexo de suas complicações, frequentemente levando à histerectomia, infertilidade secundária, necessidade de hemotransfusão, internação em UTI, necessidade de reexploração cirúrgica, fístulas vesico-urinárias (comunicação da bexiga com a vagina por um pertuito ou canal artificial, desenvolvido após a complicação) e condições crônicas associadas às intervenções necessárias (OYELESE; SMULIAN, 2006). Os diferentes graus de acretismo placentário podem ocorrer mesmo após uma única cesariana anterior, e muito frequentemente desenvolvem-se como complicação em longo prazo de cesarianas sucessivas prévias.

A seguir são listados alguns dos efeitos da cesariana para a saúde da mulher. Esses fatores devem ser colocados na balança quando se pensa em uma cirurgia desse porte e ela só deve ser realizada quando seus benefícios suplantam seus riscos.

Cirúrgicos

- Maior dor no pós-parto
- Maior risco de infecção
- Maior risco de hemorragia e necessidade de transfusão de sangue
- Maior chance de sequelas (cicatrizes, aderências, lesões de outros órgãos)
- Maior tempo de involução uterina
- Maior dificuldade e tempo de recuperação
- Maior chance de placenta prévia em gestações posteriores

Clínicos

- Maior risco de tromboembolismo
- Maior risco de oligúria e insuficiência renal aguda
- Maior risco de hipertensão crônica pós-cirurgia
- Maior risco de edema agudo pulmonar pós-cirurgia

Puerperais

- Maior dificuldade de amamentação
- Maior tempo de separação entre mãe e bebê logo após o nascimento
- Maior dificuldade na formação do vínculo com o bebê
- Maior risco de depressão pós-parto
- Maior tempo de internação hospitalar
- Maior chance de nova cesárea em gestação futura

Possíveis consequências de curto e médio prazos para a criança

Com o aumento das taxas globais de cesarianas, tem havido um interesse crescente em relação aos seus benefícios relativos e potenciais danos para o recém-nascido (RN). BARROS *et al* (2005), analisando três coortes de nascimentos no Brasil (1982, 1993 e 2004), apontou um importante aumento das taxas de cesáreas (de 28 para 82%) e de prematuridade (de 6,3 para 16,2%) entre 1982 e 2004. Os autores sugerem que o aumento da prematuridade pode ser resultado da antecipação do parto - por meio de indução ou cesariana e que resultados imprecisos de ultrassonografias podem aumentar as taxas de partos prematuros, por orientarem inadequadamente os médicos a induzir o parto ou fazer cesarianas muito cedo.

A seguir são descritos, com base em revisões sistemáticas e meta análises, os efeitos da cesariana sobre desfechos de curto e médio prazos para bebês e crianças.

Efeitos sobre a morbidade e mortalidade neonatal

SIGNORE *et al.* (2008), em revisão não sistemática da literatura sobre os efeitos da cesárea eletiva comparada ao parto vaginal, apontaram associação entre cesarianas e o aumento de morbidade neonatal decorrente de problemas respiratórios, com a ressalva de que as evidências eram limitadas à época do levantamento. Em um estudo de coorte de mais de 33.000 nascimentos entre 37 e 42 semanas de gestação, RNs por cesariana (N = 2341) foram cerca de 7 vezes mais propensos a desenvolver morbidade respiratória em comparação a crianças nascidas de parto vaginal (3,6% *versus* 0,5%, OR 6,8, IC 95%: 5,2-8,9). Outro estudo mostrou que os lactentes nascidos por cesariana eletiva com mais de 37 semanas tiveram uma incidência de 10% de morbidade respiratória em comparação a 2,8% entre as crianças nascidas de parto vaginal (OR 3,7, IC 95%: 2,2-6,1). Vale notar que, mesmo entre crianças nascidas a termo, as dificuldades respiratórias associadas à cesariana eletiva podem ser graves, sendo que em um dos estudos incluídos nessa revisão 1,9% das crianças nascidas de cesárea com 37 semanas evoluíram para quadros respiratórios graves, e necessitaram de tratamento com uso contínuo de oxigênio por três ou mais dias, pressão positiva contínua nasal, ou de qualquer período de ventilação mecânica.

A metanálise conduzida por KYU *et al.* (2013) teve como objetivo estimar a associação entre as cesarianas e as taxas de mortalidade neonatal em 46 países, com dados provenientes de inquéritos nacionais sobre demografia e saúde envolvendo mulheres de 15 a 49 anos e seus filhos menores de cinco anos. O *Odds Ratio* (OR) para a associação entre as cesáreas e a taxa de mortalidade neonatal foi de 1,67 (IC 95%: 1,48-1,89), com heterogeneidade moderada (I²=39%).

SOBHY *et al.* (2019) conduziram uma revisão sistemática com meta análise sobre a mortalidade e complicações maternas e perinatais associadas à cesariana em países de baixa e média renda. A prevalência geral de natimortos por cesariana foi de 56,6 por 1000 procedimentos (IC 95% 46,1–68,1; 58 estudos) e a taxa de mortalidade perinatal foi de 84,7 por 1000 cesarianas (IC95% 70,5–100,2; 93 estudos). Os autores concluíram que as mortes perinatais após cesarianas são desproporcionalmente altas em países de baixa e média renda.

Efeitos sobre transfusão sanguínea placentária e índices hematológicos relacionados ao ferro⁷

ZHOU *et al.* (2014) conduziram uma revisão sistemática e meta análise de alta qualidade metodológica para avaliar se a cesariana afeta a transfusão sanguínea placentária e os índices hematológicos relacionados ao ferro. Grandes bases de dados da área da saúde¹ foram pesquisadas em busca de estudos relevantes publicados até abril de 2013. As diferenças médias entre cesariana e parto vaginal para os desfechos de interesse (volume de sangue placentário residual, hematócrito, concentração de hemoglobina e contagem de eritrócitos na medula/sangue periférico) foram obtidas utilizando-se um modelo de efeitos aleatórios. Foram identificados 15 estudos (n = 8.477) elegíveis para a metanálise. Em comparação com recém-nascidos por via vaginal, aqueles que nasceram por cesariana tiveram um maior volume de sangue placentário residual (diferença de médias ponderadas (WMD) 8,87 ml; IC 95%: 2,32 ml-15,43 ml); um menor nível de hematócrito (WMD 2,91%; IC 95%: 1,65%-4,16%), hemoglobina (WMD 0,51 g/dl; IC 95%: 0,74 g/dl-0,27 g/dl) e de eritrócitos (WMD 0,16 x 10³/L; IC 95%: 0,30 x 10³/L-0,01 x 10³/L). Os autores concluíram que a cesariana, em comparação com o parto vaginal, está associada a uma reduzida transfusão placentária e baixos índices hematológicos relacionados com o ferro, tanto na medula quanto no sangue periférico, indicando que bebês nascidos pela via cirúrgica têm maior probabilidade de serem afetados por anemia por deficiência de ferro na infância.

Efeitos sobre a amamentação

PRIOR *et al.* (2012) conduziram uma revisão sistemática e meta análise (de qualidade metodológica moderada) de estudos observacionais para determinar se a cesariana está associada com uma menor taxa de aleitamento materno comparada ao parto vaginal. Foram incluídos estudos publicados até janeiro de 2011, sem restrições de idioma, identificados por meio do PubMed e revisão bibliográfica, que relataram a amamentação até seis meses pós-parto comparando os resultados após cesarianas ou partos vaginais. Os tipos de cesárea (eletiva/programada) ou em trabalho de parto (de emergência) foram comparados por análises de subgrupos. As fontes potenciais de viés foram analisadas utilizando meta-regressão e análises de sensibilidade. A revisão sistemática incluiu 53 estudos (554.568 indivíduos de 33 países); 25 autores contribuíram com dados adicionais (245.455 indivi-

duos) e 48 estudos (553.306 sujeitos, 31 países) foram incluídos na metanálise. Taxas de amamentação precoce foram menores após a cesariana em comparação com o parto vaginal (OR 0,57; IC95%: 0,50-0,64; p= 0,00001) e menores após cesárea eletiva (OR 0,83; IC 95%: 0,80-0,86; p=0,00001), mas não depois de cesárea de emergência (OR 1,00; IC 95%: 0,97-1,04; p = 0,86). Em mães que iniciaram a amamentação, nascimento pela via cirúrgica não teve efeito significativo sobre a interrupção da amamentação aos seis meses (OR 0,95; IC 95%: 0,89-1,01; p = 0,08).

A revisão sistemática (de alta qualidade metodológica) de ESTEVES *et al.* (2014) teve por objetivo identificar fatores de risco independentes para a não amamentação na primeira hora de vida. As bases de dados Medline, Lilacs, Scopus e Web of Science foram consultadas, sem restrição de idioma ou período de publicação, até 30 de agosto de 2013. Foram incluídos estudos que utilizaram modelos de regressão e forneceram medidas de associação ajustadas. De 155 artigos identificados, 18 preencheram os critérios de inclusão. A cesariana foi o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida, identificada em 11 de 14 estudos que analisaram essa associação. O achado é preocupante, tendo em vista a importância da amamentação na primeira hora de vida como fator de redução das taxas de mortalidade neonatal e o grande incentivo a essa prática em documentos de recomendações nacionais e internacionais. (Edmond et al, 2006; Brasil 2011)

Efeitos sobre o contato pele a pele (imediate ou na primeira hora de vida)

O objetivo da revisão não sistemática conduzida por STEVENS *et al.* (2014) foi avaliar as evidências sobre o contato pele a pele imediato (dentro de minutos) ou inicial (dentro de 1 h) após uma cesariana em mães saudáveis e seus recém-nascidos a termo saudáveis e identificar facilitadores, barreiras e desfechos relacionados à mãe e ao recém-nascido (RN). A busca por estudos publicados em inglês, entre janeiro de 2003 e outubro de 2013, foi realizada em diversas bases de dados eletrônicas.² Sete artigos preencheram os critérios e forneceram algumas evidências de que, com a colaboração adequada, o contato pele a pele após a cesariana pode ser implementado. Foram identificadas evidências limitadas de que esse contato imediato ou antecipado após uma cesariana pode favorecer o início da amamentação, diminuir o tempo entre o nascimento e a primeira mamada, reduzir o uso de suplemento no hospital, aumentar a adesão e satisfação materna, manter a temperatura do recém-nascido e reduzir o estresse do recém-nascido.

Vale lembrar que estudos nacionais têm apontado as cesarianas como uma barreira para o contato pele a pele após o nascimento, que se constitui em importante estratégia para promoção da amamentação e saúde das crianças. (Coutinho et al, 2014; Silva et al, 2018; Moore et al, 2012)

Efeitos de longo prazo para a saúde da criança

Cientistas têm discutido que durante o primeiro ano de vida ocorrem profundas mudanças nos microrganismos que colonizam o trato intestinal. A microbiota das crianças é transferida pela placenta, durante a passagem pelo canal vaginal, pela alimentação no início da vida e outras exposições ambientais. As mudanças nessa microbiota estão associadas a alterações imediatas na expressão genética, assim como nas funções metabólica, imunológica e neurológica, contribuindo para o desenvolvimento de obesidade, alergias, asma, doenças autoimunes, e algumas condições neurológicas.

A cesárea, a alimentação com fórmulas infantis e os antibióticos têm sido associados a mudanças nessa microbiota (MEROPOL *et al.*, 2015).

Relações com diabetes mellitus tipo 1

Cardwell *et al.* (2008) realizaram uma revisão sistemática com meta análise (de qualidade metodológica moderada) cujo objetivo foi analisar as evidências sobre risco de desenvolver diabetes na infância segundo o tipo de parto. Os resultados mostraram aumento de 20% no risco de manifestação de diabetes tipo 1 entre crianças nascidas de cesárea (OR 1,23; IC 95%: 1,15-1,32). Esse resultado apresentou pouca alteração após ajuste para fatores de confusão como idade gestacional, peso ao nascer, idade materna, ordem de nascimento, amamentação e diabetes materna. Nesta revisão foram incluídos 20 estudos de coorte e caso-controle, contemplando 9.938 casos de diabetes tipo 1. Esses estudos foram realizados na Suécia, Escócia, Inglaterra, China, Áustria, Dinamarca, Bulgária, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Romênia, Itália, Noruega, Irlanda do Norte, Sérvia e República Tcheca, e as proporções de cesáreas variaram de 5% a 27% nos grupos de diabéticos e de controle. A evidência de heterogeneidade entre os estudos foi pequena, assim como a possibilidade de viés de publicação. Uma das explicações plausíveis para esse resultado é a diferença na exposição a bactérias no início da vida entre os recém-nascidos de cesárea em comparação aos de parto vaginal.

Relação com sobrepeso e obesidade

KEAG *et al.* (2018) em revisão sistemática com meta análise sobre riscos e benefícios a longo prazo associados a parto cesáreo para mãe e bebê identificaram maior risco de obesidade em crianças até a idade de cinco anos (OR 1,59; 1,33 a 1,90; n = 64,113; 6 estudos).

Da mesma forma, a revisão sistemática com meta análise conduzida por KUHLE *et al.* (2015), incluindo 28 estudos, identificou que a cesariana apresentou um Risco Relativo de 1,34 (IC 1,18-1,51) para obesidade na criança, comparado com o parto vaginal.

O sobrepeso e obesidade em crianças e adultos nascidos de cesariana foram avaliados em uma revisão sistemática e meta análise conduzida por LI *et al.* (2013). O Odds Ratio total (OR) de sobrepeso / obesidade para filhos nascidos por cesariana em comparação com os nascidos de parto vaginal foi de 1,33 (IC95% 1,19-1,48); o OR para crianças foi 1,32 (IC95% 1,15- 1,51); 1,24 (1,00, 1,54) para adolescentes e 1,50 (1,02, 2,20) para adultos. Os autores concluem que esses achados têm implicações para saúde pública, dado o aumento de cesarianas em muitos países.

Influência de fatores pré, peri e neonatais sobre o desenvolvimento de autismo

Guinchat *et al.* (2012) realizaram uma revisão sistemática (de qualidade moderada) com o objetivo de identificar fatores de risco pré, peri e neonatais para os transtornos difusos do desenvolvimento, incluindo autismo. Os resultados indicaram associação consistente entre autismo e os seguintes fatores de risco no período pré-natal: idade materna avançada, idade paterna avançada, primiparidade, mães terem nascido fora da Europa, Estados Unidos ou Austrália, sangramento, uso de medicamentos e diabetes. No período perinatal, os fatores de risco predominantes para o autismo foram nascimento pré-termo, apresentação pélvica e cesárea planejada. Os fatores de risco iden-

tificados no período neonatal para transtornos difusos do desenvolvimento foram baixo escore de Apgar, encefalopatia, hiperbilirrubinemia, má formação congênita e bebê pequeno para a idade gestacional. Esta revisão incluiu 85 artigos de estudos caso-controle, com uma grande heterogeneidade nos seus delineamentos, além de limitações metodológicas. Ainda não é possível afirmar, segundo os autores, se esses fatores de risco identificados são estritamente ambientais ou se estão associados a uma vulnerabilidade genética.

Salhia *et al.* (2014) realizaram uma revisão sistemática (de baixa qualidade metodológica) com o objetivo de analisar o conhecimento sobre epidemiologia do autismo nos países que compõem o Gulf Cooperation Council (Bahrein, Kuwait, Catar, Arábia Saudita, Omã, Emirados Árabes Unidos). Os resultados indicaram uma correlação entre autismo e os seguintes fatores: sexo masculino, início tardio da primeira mamada, não recebimento de colostro, níveis séricos elevados de chumbo, idade materna e paterna acima de 30 anos no primeiro filho, nascimento por cesárea e complicações no período pré-natal. Numerosas limitações foram identificadas nesses estudos, por isso a necessidade de novas pesquisas sobre o tema.³

Efeitos sobre a asma em crianças

Huang *et al.* (2015) realizaram revisão sistemática (de qualidade moderada) com o objetivo de verificar a associação entre tipo de parto e prevalência de asma. Os resultados indicaram um aumento de 16% no risco subsequente de asma entre as crianças nascidas de cesariana. Nesta revisão foram incluídos 26 estudos de coorte, sendo 15 retrospectivos e 11 prospectivos. A maioria dos estudos foi realizada na Europa (Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Noruega, Suécia e Reino Unido) e na maioria deles a asma foi diagnosticada em crianças abaixo de dez anos de idade. Entre as possíveis explicações para a associação entre risco aumentado de asma e cesárea estão o fato de que cesáreas eletivas costumam ser realizadas antes de 39 semanas de idade gestacional, levando ao nascimento de crianças com pulmões menos desenvolvidos anatômica e imunologicamente. Outra hipótese sugere que a flora bacteriana intestinal é importante para o desenvolvimento do sistema imunológico da criança, e aquelas que nascem de parto normal seriam expostas precocemente à flora vaginal materna. Outros fatores poderiam participar de forma indireta no caso de cesáreas, como o uso profilático de antibióticos e menor chance de amamentação precoce.

Consequências sociais e para o sistema de saúde

Enfim, cesarianas são cirurgias de importância vital quando há riscos tanto para a vida da mulher, quanto para a do bebê, mas são procedimentos que devem ser utilizados criteriosamente. Cabe salientar que o conhecimento sobre os impactos dessa intervenção, quando inadequadamente indicada, no psiquismo tanto de mulher como no da criança, ainda carecem de estudos. O uso inadequado, além das consequências listadas para a mulher e o bebê, também acarretam no uso inadequado dos serviços de saúde, utilizando recursos que poderiam ser melhor aplicados caso as indicações recomendadas fossem seguidas: cirurgias sem indicação utilizam o centro cirúrgico e mais trabalho de profissionais (médicos obstetras, neonatologistas/pediatras e anestesiologistas); há maior utilização de medicamentos (anestésicos, analgésicos, antibióticos); há aumento no tempo de internação; e as consequências anteriormente relatadas para a saúde materna e neonatal também implicam em maior uso de recursos, quando não acarretam

tam um falecimento que poderia ser evitável – este com implicações sociais e econômicas não mensuráveis. E Gibbons *et al.* (2010) consideraram a sobre-utilização da cesárea uma barreira para a cobertura universal, estimando um excesso anual de cerca de 6,2 milhões de cirurgias desnecessárias realizadas, gerando um custo global de US\$ 2,32 bilhões de dólares. De acordo com esses autores, esse fato tem importantes implicações negativas para a equidade dentro dos países.



**As políticas
emanadas do
Ministério
da Saúde**



Breve histórico

A questão da qualidade da atenção ao pré-natal e parto é preocupação de longa data do Ministério da Saúde. Desde 1998 têm sido publicadas medidas para sua qualificação e já se conseguiram alguns sucessos, como elevar o número de consultas de pré-natal para cada parto atendido no SUS de 1,2 consulta (BRASIL, 2007a), como era em 1995, para 10,2 consultas já em 2010 (DATASUS/MS) e, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, 98% dos partos são institucionalizados (BRASIL, 2008).

Não obstante esses avanços quantitativos, como já mencionado, permanecem problemas muito enraizados referentes à qualidade da assistência prestada que se revelam, por exemplo, nas altas taxas de sífilis congênita, que por sua vez evidenciam a inadequação da atenção pré-natal, e as altíssimas e crescentes taxas de cesárea, no que se refere à atenção ao parto – e que acabam repercutindo nas taxas de mortalidade materna, estabilizadas em patamares elevados nos últimos 20 anos, como foi citado anteriormente.

O quadro desolador de ensino e assistência obstétrica em nosso país é do conhecimento do Ministério da Saúde, que vem, desde 2004, estruturando mais propostas para a mudança do modelo de atenção. Nesse ano ocorreu a proposição de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e a partir de então realizaram-se os Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Baseada em Evidências Científicas. No total, 30 seminários envolveram 1.857 profissionais de 457 estabelecimentos hospitalares de saúde (BRASIL, 2005a). Em 2006 e 2008 foram realizadas as campanhas pelo parto normal e redução de cesáreas desnecessárias. Infelizmente, todas essas iniciativas revelam-se tímidas para a dimensão do problema e não tiveram o impacto desejado, uma vez que a proporção de nascimentos cirúrgicos continuou em ascensão.

Em 2009, dentro do Compromisso para Redução das Desigualdades do Nordeste e Amazônia Legal, que se propôs a reduzir em 5% ao ano a mortalidade materna e infantil nessas regiões, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM). Este previa investimentos na infraestrutura de 26 maternidades selecionadas, assim como no aprimoramento do processo de trabalho, apontando a necessária mudança tanto no modelo de gestão do cuidado quanto do sistema de saúde. No primeiro caso, caminhou-se na direção de uma atenção humanizada e baseada em evidências científicas, propondo o efetivo cumprimento da lei 11.108/2005, que garante à mulher a presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. Para a melhoria da gestão do sistema de saúde, propôs-se a organização de redes de atenção com referência e a contrarreferência estruturadas e com garantia de vagas de acordo com a necessidade dos casos, como preconiza a lei 11.634/ 2007. Essa várias iniciativas convergiram para que fosse estruturada a proposta da Rede Cegonha.

Sobre a Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi implantada em 2011, num contexto de enfrentamento dos problemas elencados anteriormente; seus princípios e diretrizes estabelecem que se trata de “uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta política oficial aglutina as boas experiências ministeriais passadas, a exemplo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado em 2000, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e os seminários para capacitação de profissionais, de 2004, assim como uma metodologia de apoio institucional testada e aprovada no contexto de implementação do Compromisso para Redução das Desigualdades do Nordeste e Amazônia Legal de 2009, além de outras.

Em que pese o desconforto com o nome do programa, manifestado por muitas organizações de mulheres, há alguns aspectos da Rede Cegonha que merecem ser salientados:

- a proposta é intervir tanto na gestão do cuidado como na gestão do sistema. No primeiro caso, propõe-se mudar do paradigma tecnocrático para o paradigma humanista, implementando uma atenção qualificada, humanizada e respeitosa, com base em evidências científicas. Já na gestão do sistema pretende-se organizar redes de atenção que garantam o acesso das mulheres às maternidades e coíbam a peregrinação em busca de um leito hospitalar durante (Quadro 6); o trabalho de parto – uma vergonhosa condição de nosso sistema de saúde que já gerou muitas manchetes na mídia. Belo Horizonte mostra as potencialidades de atuação de uma gestão que se propôs a implementar as mudanças necessárias (Quadro 5);
- há uma linha de atuação conjunta com o Ministério da Educação, objetivando a modificação de conteúdos e práticas constantes da formação profissional de médicos e enfermeiros, para que sejam alinhadas com as mais atualizadas evidências científicas
- numa atitude inovadora, ainda em 2009 o governo apoiou a realização de uma gigantesca pesquisa, o Inquérito Nacional Nascer no Brasil,³ coordenado por Maria do Carmo Leal, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz). Essa pesquisa, cuja coleta de dados ocorreu em 2011 e 2012, investigou quase 24 mil nascimentos e evidenciou essa realidade inadmissível da atenção obstétrica, tanto no plano nacional como para cada uma das macrorregiões, tanto para o setor público, como para o privado;
- há um componente de formação profissional de enfermeiras obstetras para a mudança de modelo, seja por meio de cursos de especialização, seja por residência em enfermagem obstétrica. Há ainda um componente de aprimoramento para que enfermeiras obstetras afastadas da assistência possam se atualizar e voltar a atuar (Quadro 7);
- a proposta inova ao incluir o parceiro no acompanhamento pré-natal, tanto na realização de exames, como na preparação para a paternidade, com o ‘pré-natal do parceiro’;
- há ainda outros aspectos, como a modificação da gestão dos serviços, para que se processem de forma participativa em colegiados de gestão; a criação dos Fóruns Perinatais, instâncias participativas em que se discutem os problemas da assistências, em que têm assento representantes do provedores, da sociedade civil e da gestão do território;

4 <http://www.ensp.fiocruz.br/nascernobrasil/>.

- consta ainda a constituição de um Comitê de Especialistas e de um Comitê de Mobilização Social, que acolhem a participação tanto de profissionais interessados na implantação desse modelo de atenção humanizada, como de integrantes dos setores sociais afetados;
- no âmbito do setor de saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em parceria com o Institute of Health Improvement e o Hospital Albert Einstein, implantou o projeto Parto Adequado (Quadro 8) a partir da experiência bem-sucedida na Unimed de Jaboticabal (Quadro 9).
- ademais, em 2014, por meio da portaria GM/MS nº 1.153, ocorreu a inclusão do Cuidado Amigo da Mulher na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, resultado de um esforço de integração das ações da saúde da criança e saúde da mulher, com vistas à transformação das práticas de atenção ao parto nos hospitais amigos da criança.

Com esse conteúdo, a Rede Cegonha é uma iniciativa ambiciosa, da parte do Ministério da Saúde, de assumir o desafio de qualificar a assistência adotando como diretriz a mudança do modelo atual tecnocrático para o humanista, e de enfrentar as práticas de violação de direitos humanos, como as que foram mencionadas previamente, assim como a epidemia de cesarianas. As taxas nacionais de parto cirúrgico continuam aumentando e em 2010 ultrapassaram a marca de 50%, atingindo 57% em 2014 (sendo que a Organização Mundial da Saúde recomenda como parâmetro 15% de cesarianas). Houve uma leve queda para 55,5% em 2015 e em seguida uma estabilização.

Nesse contexto, a mudança de modelo de atenção não é um processo fácil. Partir de um modelo tecnocrático e centrado nas conveniências da instituição e dos profissionais e propor um que tenha como foco a mulher, o processo de parturição e a família, numa a rodagem humanizada, é uma alteração radical do que vinha sendo feito.

Em um sistema de saúde de um país federativo como o Brasil, cabe ao Ministério da Saúde definir as políticas mais amplas, e a execução cabe a Estados e municípios. Na implementação das mudanças, sempre são encontradas diferentes formas de resistência, ativas ou passivas, para evitar que os interesses instituídos sejam afetados. Mais frequente, a resistência passiva manifesta-se pela continuidade do atendimento como sempre foi feito, não permitindo a presença de acompanhantes, evitando trabalhar em equipe, mantendo práticas consideradas danosas ou inefetivas na classificação da Organização Mundial da Saúde – enfim, recusando adesão a uma política institucional. Para seu enfrentamento, é necessária a continuidade da estimulação para a mudança, assim como mudança no modelo de ensino. Seguem alguns exemplos de iniciativas bem sucedidas e/ ou promissoras, ainda em implantação.

Quadro 5:

Reduzindo cesáreas no sistema de saúde municipal: o exemplo de Belo Horizonte

Belo Horizonte (BH) foi o primeiro município a implementar a gestão plena do Sistema Único de Saúde em 1992 e investiu prioritariamente na atenção primária com a Estratégia de Saúde da Família, alcançando uma cobertura de 83% da população. Em 1994 foi constituída a Comissão Perinatal, como um fórum de representação ampliada para executar o planejamento e coordenação das ações de saúde dirigidas a gestantes, puérperas e recém-nascidos, população prioritária para a saúde. Este fórum permanente se reúne mensalmente com a participação de diversas áreas da Secretaria de Saúde, como a saúde da mulher, saúde da criança, epidemiologia e vigilância sanitária, além dos parceiros externos: as maternidades, entidades profissionais, conselhos de saúde e ativistas do parto e nascimento. Neste fórum se pactuam compromissos éticos para a transformação da assistência e implementação das práticas baseadas em evidência, estímulo ao parto normal e proteção dos direitos da mulher e da criança no parto e nascimento.

Em 1999 foi realizado o diagnóstico das necessidades da população e avaliação dos serviços disponíveis, com o objetivo de construir a linha de cuidado integral e qualificada, desde o pré-natal, o parto e o pós-parto e estruturação de uma rede solidária de proteção e apoio a esta população mais vulnerável. As gestantes foram vinculadas às maternidades para erradicar a peregrinação na hora do parto. Na época, 16 maternidades integravam o SUS e, a partir de auditorias, do monitoramento da qualidade da atenção e da vigilância dos óbitos fetais, maternos e infantis, 9 foram fechadas, e as 7 maternidades que oferecem atendimento atualmente assumiram o compromisso de implementar as boas práticas de atenção ao parto. O direito ao acompanhante no parto foi assegurado para todas (SUS e saúde suplementar) por meio de

lei municipal em 2005. A presença da doula e da enfermagem obstétrica e demais práticas humanizadas na atenção ao parto se tornaram políticas públicas do município em 2006, monitoradas por meio do contrato de gestão com as maternidades, que contempla indicadores de avaliação da qualidade do processo assistencial e de resultados.

Para a mudança da cultura da população com relação à assistência ao parto e nascimento, incluindo gestores, profissionais, alunos e professores, as mulheres e a população de forma geral, foi criado em 2007 o movimento **BH pelo Parto Normal**, ampliando a mobilização e envolvendo a saúde suplementar, onde são maiores as taxas de cesariana. São realizadas campanhas de mídia, seminários, cursos de formação de multiplicadores e confecção de material informativo para os profissionais e usuárias, como o *Plano de Parto*, disponível na caderneta da gestante de BH desde 2007. Em 2015 foi montada, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, a exposição *Sentidos do Nascer*, interativa, lúdica e artística, com o intuito de envolver e comover o visitante com o tema do nascimento e contribuir para ressignificar e revalorizar o modo de nascer pela sociedade. Foram 33.000 visitantes em 1 ano, com mudança de opinião sobre o parto normal e avaliação positiva dos visitantes.

Este esforço continuado na gestão da saúde e a mobilização ampliada da comunidade contribuiu para um impacto importante na saúde da população. A taxa de cesariana reduziu-se de **52,0%**, em 2011, para **47,9%** em 2015. Nas maternidades do SUS-BH, o índice se manteve em torno de **29,0%**, importante resultado, uma vez que todas as sete maternidades são referência para o alto risco gestacional e/ou neonatal. Também houve redução das taxas de cesariana em todas as maternidades privadas. A mortalidade infantil caiu 70% (de 34,6 por mil, em 1993, para 10,3 por mil, em 2015), com um decréscimo mais acentuado no componente neonatal (de 30%) logo após a implantação das primeiras medidas, entre 2000 e 2002. A razão de morte materna em 2015 foi de 31,6/100.000, atingindo a meta dos Objetivos do Milênio da ONU, de redução em três quartos entre 1990 e 2015.

Outros indicadores apontam mudanças importantes, com o aprimoramento do processo assistencial ao parto nas maternidades do SUS-BH. Em 1999, apenas 20% dos partos eram acompanhados com partograma, passando para 82%, em 2015. Entre 2008 e 2015, o uso de métodos não farmacológicos para dor aumentou de 13,2% para 83,6%, a ingestão de alimentos líquidos por livre demanda passou de 55,3% para 89,6%; a presença do acompanhante durante todo o tempo da internação para o parto aumentou de 52,6% para 92,8% e o contato pele a pele efetivo da mãe com o bebê passou de 91,8% para 98,7%. Ao mesmo tempo houve redução no uso de ocitocina para aceleração do parto de 36,0% para 27,2% e da taxa de cesariana no SUS-BH, de 35,2% para 28,0%. Os desafios permanecem no sentido da consolidação das boas práticas nos serviços, maior empoderamento das mulheres no parto e redução das taxas de cesariana no setor privado, para o alcance de indicadores de saúde que assegurem os direitos da mulher e da criança à vida e à experiência positiva de parir e de nascer.

Quadro 6:

O projeto Apice-ON Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

O Projeto ApiceON – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde, tendo como parceiros o Ministério da Educação e Cultura (MEC), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a Associação de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), o Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), esta última sendo a instituição executora do projeto.

Visa aprimorar o ensino e as práticas de cuidados às mulheres e aos bebês em situações

onde se identificam inadequações, e portanto necessidade de mudanças, quanto ao modelo de cuidado praticado e ensinado no país: (i) atenção ao parto e nascimento, (ii) atenção ao abortamento, (iii) atenção ao planejamento reprodutivo pós parto e pós aborto e (iv) atenção às mulheres em situação de violência sexual.

O projeto ApiceON é constituído por uma rede de hospitais com atividades de ensino de todos os estados brasileiros. O objetivo é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a estas instituições, porque se apresentam como espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas e a incorporação de modelos assistenciais. Por isso, são espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, especialmente na modalidade residência.

Assim, a potencialização dos processos formativos em hospitais com atividades de ensino, espaços privilegiados de articulação entre a atenção à saúde, o ensino, a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e social, desponta como ação estratégica para abordagens que possibilitem o aprimoramento e a introdução e/ou fortalecimento de inovações nas práticas de ensino, cuidado e gestão do trabalho em saúde.

Nessa primeira fase foram incluídos 97 hospitais e o propósito é ampliar o alcance desses hospitais foco do projeto na rede SUS e também reformular e/ou aprimorar seus próprios processos de trabalho e fluxos para adequação do acesso, cobertura e qualidade do cuidado.

Em agosto de 2017 foi realizado o seminário de lançamento, com a presença de grande parte dos gestores dos hospitais selecionados, que assinaram o termo de adesão e responsabilidade para com o projeto. Desde então foram compostos os grupos de trabalho dos hospitais denominados de Grupo Estratégico Local (GEL), além das equipes de mediadoras e supervisoras que têm o papel de suporte às equipes locais. A partir de um diagnóstico situacional, os GEL elaboram um plano de ação com o objetivo de aprimorar os pontos onde foram identificadas lacunas e fragilidades.

Cerca de mil participantes, entre gestores e profissionais de saúde, estão envolvidos diretamente no projeto e passam por formação contínua em oficinas de planejamento, monitoramento e avaliação e em seminários regionais semestrais, quando todos os integrantes de uma macro região têm a oportunidade de compartilhar experiências, reavaliar estratégias e revisar planos de ação.

O projeto conta com uma plataforma virtual de integração, o Portal ApiceOn, que pode ser acessado pelo Portal de Boas Práticas do IFF/Fiocruz. Elaborada exclusivamente para o projeto, a plataforma possui um ambiente público para compartilhamento de textos, notícias e dados sobre o andamento do projeto, e um ambiente privado, para uso dos GEL na realização de videoconferências, ações de planejamento, monitoramento e avaliação, possibilitando também a integração entre equipes e os serviços.

Acredita-se que a incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e familiares, como também nas melhores práticas disponíveis, poderá produzir, a curto e médio prazo, efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no SUS, a partir da mobilização desses serviços para mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão, balizadas por uma ética do cuidado baseada nas relações, que são a fonte primeira que sustenta as profissões da saúde.

Quadro 7:

Cursos de formação/capacitação em enfermagem obstétrica no Brasil: preparando profissionais para a mudança de modelo

A Rede Cegonha instituiu, entre suas estratégias, a qualificação de profissionais na área de obstetrícia, inclusive daqueles que constituem a enfermagem obstétrica. No Brasil, as(os) enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrizas têm seu exercício normatizado e fiscalizado pelo

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e respectivos Conselhos Regionais (Coren), com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Cepe) e na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987 (BRASIL, 1986).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda, segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a), que a assistência ao parto e nascimento de risco habitual possa ser manejada tanto por médicos, quanto por enfermeiros obstétricos e obstetrizas; e, ainda, que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelos de assistência que incluam esses profissionais na assistência às mulheres e seus bebês, por apresentarem vantagens como a redução das intervenções e a maior satisfação das mulheres.

Para tanto, é imprescindível garantir formação qualificada e condições de trabalho que permitam um cuidado considerado ótimo, por parte dessas(es) profissionais, da equipe multiprofissional e dos serviços de saúde, para contemplar o direito das mulheres, de seus bebês e famílias de receberem um cuidado qualificado e respeitoso, tornando-se realidade corrente em nosso país.

Para o fortalecimento da qualificação de enfermeiros obstétricos, que desde a década de 1990 vêm sendo inseridos nos serviços de atenção obstétrica, o Ministério da Saúde (MS) voltou a apoiar, a partir de 2012, a formação e a capacitação destes profissionais, por meio de financiamento e parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas, serviços com modelos marcados pela humanização da assistência e com o apoio da Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiros Obstetras (Abenfo Nacional) (OPAS, 2014).

Nesse contexto, destacam-se a criação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (Pronaenf), em desenvolvimento desde 2012, e nos anos seguintes, os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (Ceeo) Rede Cegonha, realizados a partir de uma rede que inclui IES de todas as regiões do país, assim como os Cursos de Aprimoramento para Enfermeiros Obstétricos, com enfoque no componente 'parto e nascimento' da Rede Ce-

gonha – MS.

A Residência em Enfermagem Obstétrica, por sua vez, constitui modalidade de pós-graduação lato sensu destinada a enfermeiros. Tem duração mínima de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais, em regime de tempo integral e com dedicação exclusiva. Com esse programa de residência, espera-se ampliar o quantitativo e, fundamentalmente, o qualitativo de enfermeiras e enfermeiros especialistas em obstetrícia com visão humanística crítica e reflexiva, pautados na premissa de que a gravidez e o nascimento são eventos normais na vida; com capacidade de conhecer e intervir sobre as situações de saúde e problemas mais prevalentes de saúde da mulher e de seus bebês e de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (OPAS, 2014). Há exigência de entrega de trabalho de conclusão (TCC) até o seu término.

A modalidade de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (Ceeo) Rede Cegonha também constitui modalidade de pós-graduação lato sensu, oferecida a enfermeiros que estejam atuando em maternidades públicas ou conveniadas com o SUS, aderidas à Rede Cegonha. O curso tem 15 meses de duração, com carga de 705 horas, sendo 285 horas de teoria e 420 horas de prática. Esses cursos são realizados sob a coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) em parceria com IES de todas as regiões do país. Por meio deles. Até 2016 foram formados cerca de 250 especialistas. Um novo projeto encontra-se em andamento, com oferecimento de 300 vagas.

A modalidade de Curso de Aprimoramento para Enfermeiros Obstétricos visa desenvolver a atualização de conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes para a assistência ao parto e nascimento, em hospitais/maternidades e Centros de Parto Normal (CPNs). Trata-se de um projeto que compõe um dos Programas de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes cursos têm carga horária de 132 horas, sendo 120 realizadas diretamente com as mulheres e seus bebês e famílias, no processo de atenção a partos e nascimentos, em serviços de referência para humanização da assistência ao parto no país e que possuem enfermeiros obstétricos atuando com autono-

mia, considerando os princípios éticos e legais da profissão.

Desde o início do fomento para a formação/capacitação desses profissionais até meados de 2016, foram criadas cerca de 1.500 vagas. Ainda assim, esse quantitativo está muito aquém das necessidades do setor de saúde, considerando o cenário nacional (BRASIL, 2014).

Assegurar que as mulheres, seus bebês e famílias possam se beneficiar de uma atenção qualificada implica processos formativos e de capacitação comprometidos com o estabelecimento de padrões de qualidade nacionais e internacionais e em constante revisão, aliados ao fortalecimento de legislação e regulamentação que promova a atuação com enfoque no cuidado dos sujeitos envolvidos, com autonomia das mulheres e suas famílias, e integrada com os diferentes grupos profissionais, nos diversos níveis da rede de atenção à saúde (OPAS, 2014). Nesse sentido, para o desenvolvimento dos cursos, foram definidos princípios e diretrizes para concretizar o compromisso com a qualidade e a atualização permanente, em consonância com os almejados critérios de excelência. Entre os princípios mencionados, destacam-se: a) direitos humanos e de Cidadania; b) integralidade da atenção; c) processo de formação articulado aos espaços de atuação de trabalhadores em saúde; d) práticas pautadas em evidências científicas; e) princípios éticos e de trabalho em equipe implícitos no arcabouço jurídico-legal do SUS; f) avaliação e monitoramento sistemático. As diretrizes adotadas fundamentam-se nas competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, definidas pela International Confederation of Midwives (ICM), e adotadas pela Abenfo Nacional, depois de realizados ajustes pertinentes à realidade brasileira (ABENFO, 2002).

Essas experiências de formação e qualificação profissional visam responder à urgente e necessária inserção desses profissionais nos cenários assistenciais, fundamentadas no pressuposto que compreende a gestação, o parto, o puerpério e a amamentação como processos saudáveis da vida das mulheres, marcantes para os bebês e suas famílias, com reconhecimento dos aspectos sociais, culturais, emocionais, sexuais, espirituais e fisiológicos que os envolvem. Nesse contexto, as práticas profissionais

são fundamentadas em evidências científicas, nas políticas públicas e na ética e legislação profissional (OPAS, 2014).

Trata-se, portanto, de processos de formação-intervenção e capacitação-intervenção que trazem perspectivas que podem contribuir para a qualificação do cuidado no campo obstétrico. Conforme propõe a Política Nacional de Humanização (PNH), promovem protagonismos, ampliam a autonomia de sujeitos, equipes e serviços, bem como fortalecem a capacidade de análise para a elaboração de intervenções baseadas nas reais demandas de atenção à saúde e no reconhecimento das necessidades e expectativas das usuárias (BRASIL, 2013).

A essas iniciativas soma-se a da Universidade de São Paulo que, desde 2005, vem oferecendo formação em Obstetrícia de entrada direta, como é denominado o curso no exterior. Houve reconhecimento dessa formação por parte do Conselho Federal de Enfermagem e do Ministério da Educação, e já há processos seletivos que incluem essa modalidade profissional entre potenciais candidatos.

Portanto, torna-se urgente que profissionais da enfermagem obstétrica (enfermeiros; enfermeiros obstétricos e obstetrizes) reconheçam-se como atores estratégicos para a mudança do modelo assistencial ainda vigente; que os gestores, em cumprimento às políticas públicas, e em resposta aos investimentos na formação e qualificação desses profissionais, atuem incisivamente, para que se efetive essa inserção na atenção obstétrica; que as mulheres, suas famílias e a sociedade possam usufruir do trabalho em equipe multiprofissional e de uma rede de saúde organizada e integrada; e, que finalmente, as vivências e experiências no processo de parto e nascimento potencializem a formação e capacitação profissional – da enfermagem e de demais profissionais e pessoal de saúde, de forma comprometida com (re) significações que impliquem a renovação dos sentidos de parir, nascer e viver.

Quadro 8:

Reduzindo cesáreas na saúde suplementar:

o Projeto Parto Adequado

O Projeto Parto Adequado (PPA) é uma iniciativa conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Hospital Israelita Albert Einstein e do Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, cuja proposta original era sua implementação em 43 hospitais privados e públicos, com vistas à melhoria da atenção ao parto e nascimento.

O objetivo do projeto é, em conjunto com os hospitais participantes, elaborar, testar, avaliar e disseminar modelos de atenção a parto e nascimento que favoreçam a qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias. Com isso, busca-se melhorar a segurança do paciente e a experiência do cuidado para mães e bebês.

Após 12 meses de projeto, 4 hospitais solicitaram desligamento do projeto e um hospital foi fechado. Entre os 38 hospitais restantes na iniciativa, 26 são considerados hospitais-piloto, pois participam da iniciativa desde o início e recebem assistência mais intensiva por parte do IHI. Os outros hospitais que se juntaram ao grupo piloto alguns meses depois e participam de quase todas as atividades do projeto são chamados “seguidores”. Um outro grupo composto por 3 Unimeds (Jaboticabal, Americana e Itapetininga) são denominados colaboradores, pois já vinham utilizando a metodologia para aumentar de forma segura o percentual de partos vaginais.

Considerando todos os hospitais da iniciativa, o percentual de partos vaginais era, em janeiro de 2014, de 23%. Em abril de 2016 este percentual subiu para 32%, patamar semelhante ao de 10 anos atrás. O aumento foi de 9 pontos percentuais, ou quase 40%. Considerando os hospitais-piloto, o percentual de partos vaginais antes do início do projeto era de 29% e atingiu 33% em abril de 2016, um aumento de quase 5

pontos percentuais ou de 17%.

A admissão em UTI neonatal de bebês maiores que 2,5 kg reduziu-se em 12% em todos os hospitais e 12 hospitais tiveram até o momento uma redução de 23% de todas as admissões em UTI neonatal. Não aumentaram os eventos adversos na população-alvo da intervenção. Em verdade, dois hospitais apresentaram redução de eventos adversos.

O PPA fase 1 se encerrou-se em outubro de 2016. O projeto a partir de então incluiu mais 100 hospitais, e os hospitais da fase 1 estão expandindo a intervenção a todas as gestantes atendidas. São realizados encontros e seminários periódicos para balizamento da atuação e a equipe de coordenação tríplice (ANS, IHI e HAE) tem expectativa muito positiva de amplificação de seus bons resultados.

Quadro 9:

Relato de caso:

Unimed de Jaboticabal

Como era antes

Por mais de 30 anos, a taxa de cesáreas do Hospital Santa Isabel, localizado na cidade de Jaboticabal, São Paulo, foi por volta de 100%. Esse hospital é o principal prestador de serviços da Unimed Jaboticabal.

Qual foi a intervenção

Em 2012, por iniciativa de Jeyner Valerio e do presidente da Unimed Jaboticabal, Luiz Ferraz, e em parceria com o Institute for Healthcare Improvement (IHI), iniciou-se a mudança, utilizando o Modelo de Melhoria IHI, que inclui um “pacote de mudanças”, testes de implementação de mudanças utilizando ciclos de PDSA (Plan – Do – Study – Act), indicadores de processo balanceados e de resultados, com criação de metas específicas, num prazo determinado (atingir 40% de partos vaginais em nove meses, iniciando em outubro de 2012). As

principais mudanças do “pacote de mudanças” foram: liderança mudou o modelo mental e passou a colocar os interesses das gestantes, bebês e famílias em primeiro lugar, investindo na qualidade e segurança do cuidado. A partir daí as mudanças fundamentais compreenderam: a inclusão da enfermeira obstétrica (faz toda a diferença); a reorganização do trabalho médico em plantões, em vez de sua disponibilidade; remuneração por plantão e não por procedimento, com bônus caso a meta fosse atingida; forte engajamento de gestantes, famílias e comunidade, criando a prontidão para o parto vaginal fisiológico; proibição de agendamento de cesariana no plantão do obstetra; proibição de “pagamento por fora” para o obstetra. Foi estabelecida uma meta de melhoria, um prazo para se atingir a meta e foi utilizada metodologia científica para realizar essa mudança. Simultaneamente, investiu-se na melhoria da infraestrutura, com melhor ambientação, todos os apartamentos foram transformados em salas PPP (investimento mínimo) e introdução das boas práticas para manejo da dor.

Quais foram os resultados

Após nove meses, atingiram-se os 40% de partos vaginais na população-alvo da intervenção (clientes Unimed Jaboticabal) e as admissões em UTI neonatal reduziram-se em 60%. Após quatro anos do início do projeto, o Hospital Santa Isabel tem, em 2016, um percentual de cesarianas em torno de 55%.



O papel dos movimentos das mulheres



A partir da temática da humanização do nascimento, muitas ativistas se mobilizaram, atuando formal e informalmente como uma rede que provoca discussões, divulga informações, promove protestos e exige mudanças ao impor pressão aos profissionais. Mais recentemente, os temas da humanização do nascimento e do abuso e desrespeito na assistência ao parto encontraram espaço na mídia, nas telas de cinema, na prestação de serviços, na área acadêmica, no Legislativo, no Executivo e no Judiciário brasileiros.

As várias formas de violência que as mulheres sofrem são apenas um dos sintomas de uma sociedade em que a mulher e determinados modos de viver o feminino são corriqueiramente desmerecidos e violentados. Por este motivo, o ativismo, embora focado no direito reprodutivo, contempla uma atuação muito mais ampla. O esforço concentra-se na valorização da mulher, no estímulo à autonomia feminina, na promoção da equidade, na defesa dos direitos humanos e na erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres.

Atuando de forma sistêmica, procura-se plantar um cenário futuro promissor para toda a sociedade e acolhedor e digno a todas as mulheres. Com comunicação, informação, dedicação e articulação, propõe-se a reflexão sobre as necessárias mudanças para que o coletivo feminino brasileiro adquira, gradativamente, uma imagem mais positiva e uma identidade cada vez mais livre, amorosa, verdadeira, digna e justa.

Há mais de 20 anos, ativistas, redes, organizações e associações trabalham para que as mulheres realizem incidência em políticas públicas e exerçam o controle social, com educação em direitos humanos e foco na prevenção da violência, explicitando os direitos e os mecanismos práticos de ocupação dos espaços de controle social e sobre como podem influenciar as políticas públicas existentes, bem como acionar a rede de prevenção e proteção de violência contra as mulheres.

A Declaração de Pequim, elaborada no âmbito da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, promovida pela ONU em 1995, dispõe que o empoderamento feminino é chave para a transformação da realidade de violência que ainda assola as mulheres, e constitui objetivo central da Plataforma de Ação daquela conferência, realçando “a importância de que a mulher adquira o controle sobre o seu desenvolvimento, devendo o governo e a sociedade criarem as condições para tanto e apoiá-la nesse processo”.

Esse desenvolvimento social só é possível por meio de ações que esclareçam as mulheres sobre a situação de violência e informem os mecanismos sociais de controle e defesa dos direitos como forma de combate à discriminação e ação para diminuição da violência.

Assim tem sido feito pelo movimento social no Brasil. O Quadro 10, a seguir, apresenta alguns casos de sucesso no Brasil, em exercício de controle social por mulheres e ativistas que culminou em alterações de políticas públicas para a melhoria na assistência à mulher, e no combate à violência durante a gestação, parto, pós-parto, puerpério e abortamento.

Os casos demonstrados são apenas alguns recortes do alcance e do que está produzindo o ativismo de resultado no Brasil, na causa da humanização do nascimento: mulheres, homens, coletivos, redes, movimento social, organizações da sociedade civil estão ocupando os espaços, exigindo mudanças, fiscalizando o cumprimento dos tratados e da legislação, empenhando trabalho em prol de uma mudança e a criação de uma maternidade voluntária, segura, prazerosa e socialmente amparada.

Quadro 10: Alguns casos de atuação do movimento social

ORGANIZAÇÃO	REALIZAÇÃO	PRECEDENTES	EFETIVAÇÃO
Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)	Lei 11.108/2005, ou Lei do acompanhante	Evidências científicas; Resolução nº 667/1998 da SMS/RJ; Lei 10.241/1999 do ESP; Lei 12.133/2002 de SC, modificada pela Lei 13.061/2004; Lei 3.090/2002 do DF, anulada por uma ADI; Lei 7.690/2003 do ES; PL 13.155/2003 da BA	PNDS/2006: 16% de cumprimento no plano nacional; Pesquisa Nascer no Brasil em 2011/2012: durante o trabalho de parto, 42,1% de mulheres com acompanhante, durante o parto, 32,1%; Pesquisa Saúde do Homem e Ouvidoria do MS, dados de 2014: pais que acompanharam o parto de suas companheiras: 52,5% no pré-parto e 33,5% no parto ¹
Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa	Resolução Normativa da ANS nº 368/2015	Ação judicial para redução de cesarianas na Saúde Suplementar em 2006; Audiências Públicas no Ministério Público Federal em 2007, 2014 e 2015	Projeto Parto Adequado, parceria entre ANS, IHI e Hospital Albert Einstein de SP, envolvendo 38 hospitais, previsão de ampliação para mais 100; divulgação de informações sobre prestadores de serviços dos planos de saúde; uso de cartão da gestante e de partograma
Ativistas + Casa da Borboleta	Lei Municipal SP 16.161/2015, Lei Estadual SP 16.047/2015	Proibição de amamentação em espaço público, seguida de “mamaços”, em 2013	São leis que multam estabelecimento que proíbe ou constringe mulher que amamenta
Érica de Paula e Eduardo Chauvet nas redes sociais	Filme O Renascimento do Parto	Sensibilização nas redes sociais, <i>Crowdfunding</i>	Arrecadação superior ao solicitado, em prazo recorde; Público nos cinemas superior a 30 mil; Apresentação nos festivais 6th Los Angeles Brazilian Film Festival, IV Doc Brazil Festival China 2013, VI Festival Internacional de Cine Latinoamericano y Caribeño, 7º Festival Goiamum Audiovisual de Natal e 10ª Mostra Cinema Popular Brasileiro de Nova Friburgo; Apresentação no Fórum Mundial de Direitos Humanos em Brasília em 2013; Disponibilização de trechos na página de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde
Blogs Parto no Brasil, Cientista que Virou Mãe e Mamíferas; Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina A. Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan	Documentário Violência Obstétrica - a Voz das Brasileiras	Pesquisa Fundação Perseu Abramo com USP e Sesc; Leis sobre Violência contra a Mulher da Venezuela e de Humanização da Argentina; Um dos temas na III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento - Brasília (2010); Discussão nas redes sociais; Blogagem Coletiva “Violência Obstétrica é Violência contra a Mulher”; Teste de Violência Obstétrica, divulgado em 75 blogs	Lançamento em 25 de novembro de 2012, início dos Dezesesseis Dias de Ativismo pelo Fim da Violência Contra as Mulheres; Premiado no Congresso Fazendo Gênero 9, UFSC, Florianópolis, em setembro de 2013
Artemis	Seminário na CNDH da Câmara Federal em 2014; Proposição do PL 7633/2014, dispõe sobre parto humanizado como direito	Denúncia em instâncias nacionais e internacionais sobre o caso de Adelir Lemos de Góes, obrigada a uma cirurgia cesariana por ordem judicial; Audiências Públicas no Ministério Público Federal do RS e Assembleia Legislativa de MG, Câmara Municipal de SP, Alerj, Câmara Municipal de Porto Alegre, ANS, Ministério Público de Campo Grande, MPF e MPE RS, Câmara Municipal de Santos, Defensoria Pública SP	Em abril de 2014 as Secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, em nota conjunta, reconheceram esse ato como violência aos direitos; Entrega de kits sobre Violência Obstétrica para ministros do STF e Tribunais Superiores, Associações de Advogados, Defensorias Públicas, Escola Superior de Magistratura; Elaboração de folheto “O que é Violência Obstétrica” em parceria com NUDEM-ESP; Elaboração de Caderno de Leis Atenção à Saúde da Mulher: Parto, Puerpério, Abortamento e Aleitamento Materno (2015)

⁸ Calculado a partir dos dados relatados no texto do relatório, pois o gráfico menciona que 31% não acompanhou.



Recomendações de organismos internacionais



A preocupação com as questões referentes à assistência ao ciclo gravídico-puerperal, às mulheres e a seus bebês esteve na agenda internacional de forma esporádica: 1979 foi proclamado pelas Nações Unidas o Ano Internacional da Criança mas, à época, seu foco foi na desnutrição e falta de acesso à educação; o Dia Internacional da Mulher, 8 de março, havia sido instituído em 1975 e esse havia sido denominado Ano Internacional da Mulher.

Todavia, as questões mais específicas referentes a essa assistência assumiram maior vulto nos últimos 20 a 30 anos, com a proposta de maternidade segura, e depois com a instituição de dois Objetivos de Desenvolvimento do Milênio específicos: reduzir a mortalidade na infância (objetivo quatro) e melhorar a saúde materna (objetivo cinco). Esses ODMs tiveram continuidade na nova agenda dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, dentro do Objetivo nº 3. Ademais, os organismos internacionais que exercem suas atividades nas Américas (Opas, UNFPA, Unicef, Jhpiego, MSH, BID e outros), constituíram um movimento denominado “Uma promessa renovada para as Américas”, que busca manter essas prioridades em pauta e com visibilidade nos países da região. Há um Grupo de Trabalho Regional para a Redução da Mortalidade Materna que organiza reuniões para implementação da agenda de “Cuidados Maternos Respeitosos”, também composto por esses e outros organismos internacionais. E em 2017 foi constituído o G6, um Grupo de Trabalho que inclui, OPAS, Unicef, Unfpa, Onu-Mulheres, Unids e Banco Mundial, que apresentou o projeto inserido na proposta ‘Every Woman, Every Child’ (e que passou a incluir a preocupação também com a adolescência) denominado ‘Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030). Sobreviver-Prosperar-Transformar’.

Finalmente, ampliando o escopo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que estava centrada no incentivo à amamentação, surge em 2008, por proposição da ONG International MotherBaby Childbirth Organization (Davis-Floyd *et al.*, 2010), os Dez Passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe-Bebê, atualmente disponível na página www.imbci.org em 23 idiomas. Mais recentemente, em 2015, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, em parceria com a Organização Mundial da Saúde, apresentaram uma proposta de certificação de serviços amigos da mãe e do bebê. E em 2018, no XXII Congresso da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia realizado no Rio de Janeiro, foi lançada a International Childbirth Initiative, que já recebeu a adesão de várias organizações internacionais, como a International Confederation of Midwives, International Pediatrics Association, Dona International, White Ribbon Alliance e outras.

O Quadro 11 sintetiza as iniciativas internacionais relacionadas com esses temas, incluindo declarações da OMS referentes a cesariana, desrespeito e abuso na atenção ao parto e outros.

Quadro 11: Iniciativas de organismos internacionais referentes à humanização da atenção perinatal*

ANO	ORGANISMO INTERNACIONAL	TÍTULO	DISPONÍVEL EM	CONTEÚDO	IDIOMAS
1987	OMS	Safe Motherhood (Maternidade Segura)	http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/07-045963/en/	Iniciativa para melhoria dos serviços, redução da mortalidade materna	Iniciativa histórica, materiais não mais disponíveis
1996	OMS	Care in Normal Birth: A practical guide	http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/	Recomendações para atenção ao parto normal baseadas em evidências científicas; práticas classificadas em quatro grupos	Alemão, bósnio, croata, inglês, francês, indonésio, versão em português apenas impressa
2007	OMS	Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin.	http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43560/1/9242546222_fre.pdf	Orientações para assistência ao recém-nascido	Francês
2008	IMBCO	International MotherBaby Childbirth Initiative: 10 Steps to Optimal MotherBaby Services	http://www.imbci.org/	Dez passos para otimização do cuidado, recomendações	26 idiomas, incluindo português
2010	OMS	Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices	http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44274/1/9789241547970_eng.pdf	Como melhorar a qualidade das informações sobre nascimento e óbitos, um guia.	Inglês
2010	USAID	Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis	http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse	Levantamento da literatura até 2010 sobre desrespeito e abuso na atenção ao parto	Inglês
A partir de 2011	WRA	Respectful Maternity Care	http://whiteribbonalliance.org/campaigns2/respectful-maternity-care/	Materiais para campanhas em favor de mais respeito e menos abuso na atenção ao parto	Inglês, dependendo do material, outro idiomas
2015	OMS	Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde	http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/	Declaração da OMS	16 idiomas, incluindo português
2015	OMS	Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas	http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/	Declaração da OMS	7 idiomas, incluindo português
2015	FIGO, ICM, WRA, IPA, WHO (OMS)	Mother-baby friendly birthing facilities	http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/MBFBF-guidelines.pdf	Proposta de certificação de serviços	Inglês
2015	OMS	Lista OMS de verificación de la seguridad del parto Guía de aplicación	http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207480/1/9789243549453_spa.pdf	Proposta de verificação de segurança no parto	Espanhol
2015	OMS	Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros	http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204270/14/WHO-RHR-15.22-por.pdf	Como melhorar resultados de parto prematuro	Vários, incluindo português
2017	OMS	Robson Classification: Implementation Manual	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/	Manual de implementação da Classificação de Robson para cesáreas	Inglês
2018	OMS	WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/	Recomendações atualizadas com base em evidências científicas, introduz o conceito de experiência positiva de parto	Texto em inglês, resumo executivo em vários, incluindo português
2018	FIGO e IMBCO	International Childbirth Initiative	https://www.internationalchildbirth.com/uploads/8/0/2/6/8026178/ici_full_color.pdf	Iniciativa internacional com 12 passos que é uma junção da IMBCI e da iniciativa da FIGO.	Inglês

Nota: * A página http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/en/ da OMS traz frequentes atualizações de recomendações baseadas em revisões sistemáticas referentes a condutas na gestação, parto e pós-parto



Considerações finais e recomendações



Este documento traz uma retrospectiva do conhecimento acumulado sobre como vem sendo prestado atendimento ao processo reprodutivo no Brasil. Embora acolha as reflexões e contribuições de documentos internacionais, foi focalizada a atenção perinatal brasileira.

Os dados epidemiológicos evidenciaram que o acesso a serviços de atendimento à gestação e ao parto estão praticamente equacionados e que a prioridade deve ser a qualificação desses atendimentos, com vistas à redução da morbimortalidade materna e neonatal. Evidenciaram ainda uma maior vulnerabilidade nas populações de raça/cor negra/parda, na população indígena e entre adolescentes, constatação que enseja a recomendação de que, para que se alcance a equidade no atendimento, será necessário organizar a atenção de forma a lidar com as especificidades dessas populações, possivelmente propondo de forma programática um cuidado mais frequente e, no caso das populações indígenas e de religiões de matriz africana, culturalmente adequado.

Por meio da análise das taxas de cesárea de acordo com os grupos de Robson, ficou evidente a sobre realização desse procedimento em várias categorias, principalmente nas de baixo risco para cesáreas. Por outro lado, a literatura científica referida identifica que o parto vaginal é bem mais vantajoso, tanto para a mulher como para o bebê, sendo que neste documento são listadas as consequências, para ambos, de um nascimento pela via cirúrgica sem indicação materna ou fetal, tanto a curto, como a médio e longo prazo. Atualmente, aos três níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark, tem aparecido na literatura o conceito de prevenção quaternária, cuja mais recente proposta de definição é: ‘ação adotada para proteger indivíduos (pessoas/pacientes) de intervenções médicas que podem causar mais dano do que benefício’. (MARTINS *et al*, 2018). A forma como ocorrem os nascimentos no Brasil, com excessivo uso de intervenções, de acordo com a pesquisa ‘Nascer No Brasil’ (LEAL *et al*, 2014), sendo a mais paradigmática a cirurgia cesariana, induzindo aumento da prematuridade iatrogênica, permite propor a aplicação desse conceito, de prevenção quaternária, como recomendação de atitude e práticas de profissionais e serviços com respeito à atenção perinatal no Brasil.

Documentos internacionais, como o da OMS ‘Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde’, já reconhecem o que no Brasil vem sendo denominado de ‘violência na atenção obstétrica’. A simples existência dessa publicação já evidencia

que esse é um fenômeno universal nos serviços de saúde, assumindo características diversas, mas frequente nos vários continentes, sendo associado à relação de poder entre prestadores e usuárias de serviços, e também refletindo a opressão de gênero, o racismo e outros preconceitos frequentes nas diversas sociedades. É necessário que profissionais e gestores reconheçam a ocorrência desses fenômenos sociais para que se possa implantar uma cultura de paz e não violência nos serviços de saúde, oferecendo atenção a partos e nascimentos humanizada e respeitosa. A adoção das iniciativas internacionais que recomendam que usuárias dos serviços sejam tratadas com respeito e dignidade (IMBCO 2008; FIGO 2015; FIGO & IMBCO 2018), assim como outras sintonizadas no contexto local, e a aprendizagem de como lidar com conflitos podem contribuir para a superação desse problema.

Um nó crítico identificado é a forma como vem se processando o ensino de Obstetrícia no país, tanto para estudantes de medicina, como de enfermagem, pois esse ensino tem reproduzido o modelo inadequado de atenção, assim como, por meio de seu currículo oculto, tem sido reproduzidas algumas atitudes e práticas que conduzem à manutenção do status quo na assistência perinatal.

É importante salientar que o país vem enfrentando corajosamente essa problemática, com a instituição de uma política pública específica para o período perinatal, denominada 'Rede Cegonha' (de 2011); ou com a adoção do programa 'Parto Adequado' em hospitais vinculados principalmente à Saúde Suplementar (de 2015); e com o lançamento do programa Apice-ON 'Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia' em 97 hospitais de ensino no país (em 2017), para citar apenas algumas das iniciativas. Na medida em que se trata de uma mudança de cultura institucional num país de dimensões continentais, constata-se que este é um processo complexo, que demandará mais investimentos em várias frentes e continuidade dessas políticas, para que mudanças efetivas, mensuráveis ou não por indicadores, possam ser detectadas.

Todavia, para se alcançar efetiva redução nas elevadas proporções de nascimentos pela via cirúrgica, será necessário o envolvimento de todos os setores da sociedade, a começar pelo acesso das mulheres e suas famílias à informação de qualidade. Esse envolvimento não prescindirá certamente da liderança do setor Saúde, tanto de seus profissionais, com de gestores de serviços e de sistemas locais e regionais de saúde.

Visando, portanto, essa redução, há uma série de iniciativas que podem ser adotadas pelos prestadores de atenção obstétrica, mormente médicos (Haddad e Cecatti, 2011):

- Adotar protocolos definidos para indicação de procedimentos, com base em evidências científicas, a exemplo das diretrizes para atenção ao parto normal e cesárea do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016^a e 2016^b)
- Adotar atitude expectante durante o trabalho de parto, com respeito à fisiologia do parto vaginal, reduzindo intervenções
- Evitar, sempre que possível, a primeira cesárea, uma vez que é frequente a cesárea iterativa, de repetição
- Estimular a prática do parto vaginal após cesárea, com prova de trabalho de parto: possibilidade >60% de sucesso
- Buscar habilitação em acompanhamento do parto fisiológico, assim como em procedimentos como versão externa, para apresentações anômalas, manobras para distocias, etc.
- Trabalhar em equipe com obstetrites/ enfermeiras obstetras/ doulas, assim como, quando couber, com psicólogos, fisioterapeutas e outros

- Oferecer de rotina alívio à dor, de preferência utilizando métodos não farmacológicos, como mudança de posição, deambulação, banhos, massagens, técnicas de relaxamento e outros
- Evitar monitorização fetal eletrônica contínua em gestação sem intercorrências, uma vez que restringe a livre movimentação e não há evidências de benefício com seu uso rotineiro
- Buscar segunda opinião por ocasião da indicação de cesárea

O envolvimento da gestão do estabelecimento de saúde, com decisões de política institucional, é fundamental para que profissionais possam desenvolver as estratégias citadas anteriormente. A gestão hospitalar pode contribuir para a redução de nascimentos ocorridos por meio de procedimentos cirúrgicos a partir das seguintes iniciativas:

- Adotar protocolos definidos de indicações com base em evidências científicas, a exemplo das diretrizes do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016a e 2016b), e estimular que sejam efetivamente utilizadas
- Organizar o espaço físico de forma a contemplar quartos PPP/PP, espaço para deambulação, participação do acompanhante etc. de acordo com a RDC nº 36/2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anvisa, 2008)
- Organizar equipes integradas (obstetras, pediatras e obstetras enfermeiras obstetras) para acompanhamento do trabalho de parto e parto
- Integrar doulas na atenção ao trabalho de parto e parto
- Organizar reuniões clínicas para discussão de casos e procedimentos, para reorientação de condutas inadequadas e fortalecimento das adequadas
- Estimular atualização profissional em práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, assim como em manejo de complicações
- Monitorar as taxas e indicações de partos cirúrgicos em seu estabelecimento, adotando o sistema de classificação proposto por Robson e propondo metas de redução nos grupos de menor risco de cirurgia (1 a 4)
- Monitorar as taxas de intervenções consideradas inadequadas e de períneo íntegro. Elaborar agenda da prevenção quaternária no parto, com score e lista de checagem
- Monitorar a segurança de pacientes de acordo com a lista de checagem elaborada pela OMS para atenção à maternidade
- Oportunizar às usuárias meios de apresentar queixas sobre o atendimento
- Estruturar Colegiados de Gestão para incrementar as mudanças de forma democrática e participativa, potencializando o envolvimento das equipes
- Estimular a participação de usuárias, por meio de ouvidoria, assim como a representação de organizações de mulheres nos colegiados de gestão, como estratégia de aprimoramento do cuidado oferecido

E para que se alcance os objetivos propostos, é imprescindível a adesão das gestões estaduais, municipais, regionais e locais às políticas públicas propostas, seguindo-se algumas sugestões para sua atuação:

- Aderir à Rede Cegonha, fazer o diagnóstico de sua área de abrangência e estruturar os serviços de acordo com o preconizado
- Ampliar a oferta de ambiências favorecedoras do parto vaginal (CPNs)
- Na atenção básica: organizar rodas de conversa de preparação para o parto, com ênfase no parto fisiológico
- Monitorar as taxas dos estabelecimentos hospitalares da região sob sua responsabilidade, adotando o sistema de classificação proposto por Robson
- Monitorar as taxas de práticas consideradas benéficas e práticas inadequadas dos estabelecimentos da região
- Pactuar redução nas taxas dos grupos 1 a 4 de Robson com as gestões hospitalares, solicitando esclarecimentos quando houver desvio do esperado
- Monitorar as investigações de mortes maternas, infantis e fetais para orientar mudanças nos processos de gestão e cuidado
- Organizar eventos de capacitação e atualização de profissionais em atenção ao parto vaginal humanizada e baseada em evidências científicas, assim como em manejo de complicações
- Incentivar a integração de obstetras e enfermeiras obstetras nas equipes de atenção à gestação e ao parto
- Integrar doulas na atenção obstétrica
- Estruturar centrais de regulação de vagas regionais, facultando o acesso aos leitos para atendimento ao alto risco obstétrico prioritariamente aos casos que os necessitem e evitando peregrinações por leito obstétrico ou neonatal
- Estruturar Fóruns Perinatais, com participação de organizações na temática perinatal, assim como estimulando participação de organizações de usuárias

Acredita-se que, se estas recomendações forem seguidas, será possível em médio prazo detectar mudança substancial na qualidade da atenção perinatal, assim como na satisfação das pessoas envolvidas, tanto entre profissionais quanto na população usuária do serviços.

Referências bibliográficas



ABENFO. **Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, 2002.** Disponível em: http://www.abenfo.org.br/site/arquivos/competencias_para_o_exercicio_da_obstetr%C3%ADcia.pdf. Acesso em: set. 2016.

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-OBSTETRICS. **Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery.** *Obstet Gynecol.*, 2017; 130:e217.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Resolução Normativa n. 262, de 1 de agosto de 2011, Anexo III – itens 6 e 7. (REVOGADA PELA RN Nº 338, DE 21 OUTUBRO DE 2013).** Rio de Janeiro: ANS, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Resolução Normativa n. 368, de 6 de janeiro de 2015.** Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>> Acesso em: 17 mar. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008.** Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, 2010.

ALLOTEY, P. A. et al. **Sexual and reproductive health and rights in public health education.** *Reproductive Health Matters*, v. 19, n. 38, p. 56–68, 2011.

AQUINO, E. M. L. et al. **Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1765–1776, 2012.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S.; ALBERNAZ, E.; MATIJASEVICH, A.; et al. **The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004.** *Lancet*, 365: 847–54, 2005.

BEECH, B. L.; WILLINGTON, S. **Listen With Mother.** *AIMS Journal*, v. 19, n. 2, 2007.

BEHRUZI, R.; HATEM, M.; GOULET, L.; FRASER, W.; LEDUC, N.; MISAGO, C. **Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors.** *Med Health Care Philos*, v. 13, n. 1, p. 49-58, 2010.

BETRÁN, A. P.; VINDEVOGHEL, N.; SOUZA, J. P.; GULMEZOGLU, A. M.; TORLONI, M. R. **A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it.** *PLoS One*, v. 9, e97769, 2013.

BIURRUN-GARRIDO, A.; GOBERNATRIZAS, J. **La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto.** *Revisión de la bibliografía. Matronas Prof*, v. 14, n. 2, p. 62-66, 2013.

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **The New Ourbodies, Ourselves.** New York: Touchstone Simon and Schuster, 1994.

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **The New Ourbodies, Ourselves**. New York: Touchstone Simon and Schuster, 1998.

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Bethesda: TRAction Project, 2010.

BRASIL, 1986. Lei nº 7.498/1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 9273, 20 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Acompanhamento durante o trabalho de parto (suporte psicossocial)**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Febrasgo-Abenfo, 2001a. Cap. 7, p. 64-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas. Série D Reuniões e Conferências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 1, col. 3. 8 abr. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, s. 1, p. 2, 28 dez. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 05 jun. 2008 n. 106, s 1, p. 52, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25 set. 2013. s. 1, p. 130, Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Rede Cegonha – Brasil apresenta queda nos índices de mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34876-rede-cegonha-brasil-apresenta-queda-nos-indices-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014. **Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 mai. 2014. s 1, p 43, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II Relatório de pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 27 abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 50 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupação: doula**. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2016.

BUCKLEY, S. J. **Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care**. Washington, DC: Childbirth Connection/National Partnership for Women & Families, 2015.

BUHIMSCHI, C. S.; BUHIMSCHI, I. A. **Advantages of vaginal delivery**. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 49, n. 1, p. 167-183, 2006.

CARDWELL, C. R. et al. **Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies**. *Diabetologia*, v. 51, n. 5, p. 726-735, 2008.

CFM. **Resolução n. 2.144, de 17 de março de 2016**. Brasília, DF: CFM, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=22/06/2016>>. Acesso em: fevereiro 2019.

CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer); CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas). **Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú**. Lima: Cladem/CRLP, 1998.

COOK, K.; LOOMIS, C. **The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences**. *J Perinat Educ*, v. 21, n. 3, p. 158-168, 2012.

COUTINHO A. C. F. P.; SOARES A. C. O.; FERNANDES P.S. **Knowledge of mothers about the benefits of breastfeeding to women's health.** *J Nurs UFPE*. 2014; 8(5):1213-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.5863-50531-1-ED.0805201415>.

CUNNINGHAM, F. G. **Williams obstetrics. 24th ed.** New York: McGraw-Hill Education/Medical, 2014.

DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN. G. **From Doctor to Healer. The transformative journey.** New Jersey: Rutgers University Press, 1998.

DAVIS-FLOYD, R. **The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth.** *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, Sup. n. 1, p. S5-S23, 2001.

DAVIS-FLOYD R.; PASCALI-BONARO, D.; DAVIES, R.; PONCE-DE-LEON, R. G. **The International MotherBaby Childbirth Initiative: A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care.** *Midwifery Today*, n. 94, 2010.

DIAS, M. A. B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006. 287f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.**

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. **Violence against women in health-care institutions: An emerging problem.** *The Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681–1685, 2002.

DICK-READ G. **Childbirth without fear. 3rd edition, 5th reprint.** London: Pinter & Martin, 2011.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** Tese (Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública, Suplemento*, p. S140–S153, 2014.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. 1. ed.** São Paulo: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da Saúde/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2002.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. I, n. 1, p. 80–91, 2006.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. **Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil.** *Reproductive health matters*, v. 20, n. 40, p. 94–101, dez. 2012.

DOH (Great Britain). **Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group.** London: HMSO, 1993.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.** Rev. Saúde Pública, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DOULAS OF NORTH AMERICA. **Dona International. What is a doula? Chicago: Dona International, 2016.** Disponível em: <<http://www.dona.org/mothers/index.php>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

EDMOND K. M. et al. **Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality.** Pediatrics, 2006;117:e380-6.

ENKIN, M. et al. **A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3. ed.** Oxford: Oxford University Press, 2000.

ESTEVEZ, T. M. B. et al. **Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review.** Rev Saúde Pública, V. 48, N. 4, P. 697-708, 2014.

FIGO. **Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics.** International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 38, Supplement, p. S79-S80, 1992. Disponível em: <[http://www.ijgo.org/article/0020-7292\(92\)90037-J/pdf](http://www.ijgo.org/article/0020-7292(92)90037-J/pdf)>.

FIGUEIREDO, P. F. **Percepção de mulheres que tiveram acompanhamento de uma doula durante o trabalho de parto. 2013. 30 f.** Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FIORETTI, B. **Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas.** Rio de Janeiro: VideoSaúde/Fiocruz, 2014.

FOX, D.; SHEEHAN, A.; HOMER, C. **Experiences of Women Planning a Home Birth Who Require Intrapartum Transfer to Hospital: A Metasynthesis of the Qualitative Literature.** International Journal of Childbirth, v. 4, n. 2, p. 103–119(17), 2014.

GENP. Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto. **Humanizando o nascimento e o parto: o Workshop.** In: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: Senac, 2005.

GIBBONS, L.; BELIZÁN, J. M.; LAUER, J. A.; BETRÁN, A. P.; MERIALDI, M.; ALTHABE, F. **The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage.** World Health Report (2010) Background Paper N° 30. Geneva: WHO, 2010.

GILLILAND, A. L. **Beyond holding hands: the modern role of the professional doula.** Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, Philadelphia, v. 31, n. 6, p. 762-769, Nov./Dec. 2002.

GOER, H. **Cruelty in maternity wards: fifty years later.** The Journal of perinatal education, v. 19, n. 3, p. 33–42, jan. 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1985.

GOMES, A. M. de A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. **Pisada como pano de chão: Experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro.** Saúde e Sociedade, v. 17, n. 1, p. 61–72, 2008.

GREEN, J. M.; BASTON, H. A. **Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences.** Birth, v. 30, n. 4, p. 235-247, 2003.

GREEN, J.; HOTELLING, B. A. **Healthy birth practice #3: bring a loved one, friend, or doula for continuous support.** *The Journal of Perinatal Education*, v. 23, n. 4, p. 194-197, 2014.

GRUPO CERES. **Espelho de Vênus: Identidade Social e Sexual da Mulher.** Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

GUEDES, L. C. et al. **A dor além do parto. Brasil, 2013.** Disponível em: <<https://youtu.be/cIrIgx-3TPWs>>.

GUINCHAT, V. et al. Pre-, peri- and neonatal risk factors for autism. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 91, n. 3, p. 287-300, 2012.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2011, vol.33, n.5 [cited 2018-02-08], pp.252-262. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000500008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0100-7203. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000500008>. Acesso em 13 mar. 2017.

HODNETT, E. D. et al. **Continuous support for women during childbirth.** *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, v. 7, n. CD003766, Jul. 2013.

HOFMEYER, G. J. et al. **Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding.** *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, London, v. 98, p. 756-764, Aug. 1991.

HORTA, J. C. A. **A doula voluntária: uma experiência reinventada. 2008. 161f.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

HORTA, J. C. A. et al. **Tecnologia e inovação das doulas voluntárias: mediações na assistência ao parto.** In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, 2011. p. 223-229.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), São Paulo, 2007.

HSE. Hospital Sofia Feldman. **Doula voluntária: descrição do papel.** Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 1997. Mimeografado.

HUANG, L. et al. **Is elective cesarean section associated with a higher risk of asthma? A meta-analysis.** *Journal of Asthma*, v. 52, n. 1, p. 16-25, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2014.952435>.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al. **Mother–baby friendly birthing facilities.** *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 128, n. 2, p. 95–99, 2015.

INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH ORGANIZATION. **International MotherBaby Childbirth Initiative.** Viedra Beach: IMBCO, 2008. Disponível em: <www.imbci.org>. Acesso em: 20 abr. 2015.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório nacional de acompanhamento.** Brasília, DF: Ipea, 2014.

JONES, R. H. **Entre as orelhas, Histórias de parto.** Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012.

KASSEBAUM, N. J. et al. **Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.** *The Lancet*, v. 384, 2014.

KEAG, O.E.; NORMAN, J.E.; STOCK, S.J. **Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis.** *PLOS Medicine*. January 23, 2018.

KLAUS, M.; KENNEL, J.; KLAUS, P. **Mothering the mother: how a Doula can help you have a shorter, easier and healthier birth.** Cambridge: Perseus Books, 1993.

KUHLE, S.; TONG, O.S.; WOOLCOTT, C.G. **Association between caesarean section and childhood obesity: a systematic review and meta-analysis.** *Obesity reviews*; 16, 295–303, 2015.

KYU, H. H. et al. **Caesarean delivery and neonatal mortality rates in 46 low- and middle-income countries: a propensity-score matching and metanalysis of Demographic and Health Survey data.** *Int J Epidemiol*, v. 42, n. 3, p. 781-791, 2013.

LANSKY, S. **Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal.** *Tempus Actas Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 191–199, 2010.

LANSKY et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** *Cad. Saúde Pública*, v. 30, Sup., p. S192-S207, 2014.

LANSKY S et al. **The Senses of Birth intervention to decrease cesarean and prematurity rates in Brazil.** *Int J Gynecol Obstet* 145: 91–100, 2019.

LEAL, M. DO C. et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** *Cad Saúde Pública, Suplemento*, p. S17–S32, 2014.

LEÃO, M. R. C. **Tendo uma pessoa ao lado a gente fica muito mais forte... a dor até diminui: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por Doulas. 2000.** 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

LI H-t; ZHOU Y-b; LIU, J-m. **The impact of cesarean section on offspring overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis.** *International Journal of Obesity*, 37, 893–899, 2013.

LOOS, M. J.; SCHELTINGA, M. R.; MULDER, L. G.; ROUMEN, R. M. **The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain.** *Obstet Gynecol*, v. 111, n. 4, p. 839, 2008.

LO CICERO, A. K. **Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: Contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development.** *So. Sci Med*, v. 37, p. 1261-1269, 1993.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MADEIRA, L. M. et al. **Doulas: uma mão na travessia**. Belo Horizonte: O Lutador, 2005.

MADEIRA, L. M. et al. **Relatório final: projeto de capacitação de doulas voluntárias**. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 2006. 62p.

MARTINS C. et al. **Quaternary prevention: reviewing the concept**. *European Journal of General Practice*. V. 24, n. 1, p. 106-111, 2018.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. **Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107–120, 2012.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. DOS. **Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p. 1483–1491, 2006.

MEROPOL, S. B.; EDWARDS, A. **Development of the Infant Intestinal Microbiome: A Bird's Eye View of a Complex Process**. *Birth Defects Research (Part C)*, v. 105, p. 228-239, 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Violência obstétrica: MPPE promove debate sobre atenção à saúde e mortalidade materna**. Recife: MPPE, 9 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.mppe.mp.br/mppe/index.php/comunicacao/noticias/ultimas-noticias-noticias/4295-violencia-obstetrica-mppe-promove-debate-sobre-atencao-a-saude-e-mortalidade-materna>>. Acesso em: 20 maio. 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica é tema de audiência pública no MP-SP**. São Paulo: MPSP, 18 nov. 2014. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=12741378&id_grupo=118>. Acesso em: 1 setembro 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100**. São Paulo: PRSP, 2010. Disponível em: <http://www.prsp.mpf.gov.br/sala-de-imprensa/pdfs-das-noticias/Inicial%20-%200017488-30.2010.4.03.6100_cesarianas.pdf>.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF em São Paulo realiza audiência pública para debater episiotomia e humanização do nascimento**. São Paulo, 16 out. 2014a. Disponível em: <http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/16-10-14-2013-mpf-em-sao-paulo-realiza-audiencia-publica-para-debater-episiotomia-e-humanizacao-do-nascimento>. Acesso em: 1 set. 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF/RS e MP/RS realizarão audiência pública sobre humanização da assistência ao parto**. Porto Alegre: MPF, 29 jul. 2014b. Disponível em: <http://noticias.pgr.mpf.mp.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_geral/mpf-rs-e-mp-rs-realizarao-audiencia-publica-sobre-humanizacao-da-assistencia-ao-parto>.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Parto do Princípio e Ministério Público Federal debatem violência obstétrica com movimentos sociais de mulheres**. Belém, 19 nov. 2014c. Disponível em: <<http://www.prpa.mpf.mp.br/news/2014/parto-do-principio-e-ministerio-publico-federal-debater-violencia-obstetrica-com-movimentos-sociais-de-mulheres>>.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N.; DOWSWELL, T. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants**. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5, art. n. CD003519, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>.

MORAITIS, A. A.; OLIVER-WILLIAMS, C.; WOOD, A.M.; FLEMING, M.; PELL, J. P.; SMITH G. **Previous caesarean delivery and the risk of unexplained stillbirth: retrospective cohort study and metanalysis**. BJOG, v. 122, n. 11, p. 1467-1474, 2015.

MUJERES CREANDO. **Espaço para Abortar. 31ª Bienal de Artes de São Paulo**. Anais... São Paulo: 31ª Bienal de Artes de São Paulo, 2014.

ODENT, M. **A Cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

OHCHR. **Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women**. New York: UN, 18 dez. 1979. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CE-DAW.aspx>>.

OHCHR. **Vienna Declaration and Programme of Action. Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993**. Vienna: UN, 25 jun. 1993. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>>.

OLIVEIRA, L. S. **A percepção de parturientes adolescentes que foram acompanhadas por doulas no Hospital Sofia Feldman. 2015**. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Appropriate technology for birth**. The Lancet, v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Relatório de Grupo Técnico**. OMS/SRF/MSM/96.24. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women**. Washington, DC, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/woman_child_accountability/ierng/reports/2012_01S_Respectful_Maternity_Care_Charter_The_Universal_Rights_of_Childbearing_Women.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <www.who.int>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Safe Childbirth Checklist**. Disponível em: <www.who.int/patientsafety/topics/safe-childbirth/childbirth/en/>. Acesso em: 29 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNICEF. **Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 1, April, p. 481-485, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Robson Classification. Implementation Manual.** Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=E28EEDED67CB326DF9CE5E90F34AEE16?sequence=1>. Acesso em 13 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia.** Montevideu: CLAP/SMR, 2014.

OYELESE, Y.; SMULIAN, J. C. **Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa.** *Obstet Gynecol*, v. 107, n. 4, p. 927, 2006.

PANOS. **Birth Rights: New Approaches to Safe Motherhood.** London: Panos; 2007.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”.** Vitória, São Paulo: 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf>.

PETRA TEN HOOPE-BENDER (COORDINATOR). **The Lancet Series on Midwifery.** *The Lancet*, v. 383, p. 58, 2014.

PIERRO, J.; ABULAIMOUN, B.; ROTH, P.; BLAU, J. **Factors Associated with Supplemental Formula Feeding of Breastfeeding Infants During Postpartum Hospital Stay.** *Breastfeed Med*, v. 11, p. 196-202, 2016.

PIZZINI, F. **The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards.** *Health Promotion*, v. 4, n.1, p.1-10, 1989.

PRIOR E et al. **Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and metanalysis of world literature.** *Am J Clin Nutr*, v. 95, n. 5, p. 1113-1135, 2012.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Place of Birth. Edmonton: PHAC, [ca. 2011].** Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-05-eng.php>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

RAPHAEL, D. **The tender gift breastfeeding.** New York: Prentice-Hall, 1973.

RAITER, C. **Projeto 1:4 [fotografia], 2013.** Disponível em: <<http://carlaraiter.com/1em4>>. Acesso em: 20 maio 2014.

RATTNER, D. **Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no Estado de São Paulo, Brasil.** *Rev Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 19-33, 1996.

RATTNER, D. **Quality of care at childbirth: seeking a comprehensive approach. 2001. 144 p.** Tese (Doutorado) – University of North Carolina, Chapel Hill, 2001.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl. 1, p. 595-602, 2009.

RANCE, S. et al. **Women’s safety alerts in maternity care: is speaking up enough?** *BMJ quality & safety*, v. 22, Feb, p. 348–355, 2013.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética e humanização como temas transversais na formação médica.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 482–491, 2008.

- REZENDE, J. **Obstetrícia. 6ª ed. (reimpressão)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. 1117 p.
- RICH, A. **On Lies, Secrets and Silence**. Selected Prose 1966-1978. New York: WW Norton, 1979.
- ROBSON, M. S. **Can we reduce the caesarean section rate?** Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, v. 15, n. 1, p. 179-194, 2001.
- RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. **Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 8, n. 2, p. 179-186, jan./mar. 2008.
- SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2012.
- SALHIA, H. O. et al. **Systemic review of the epidemiology of autism in Arab Gulf countries**. Neurosciences (Riyadh), v. 19, n. 4, p. 291-296, 2014.
- SANTOS, A. R. J. **Currículo, conhecimento e cultura escolar. 3. ed.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011. v. 3. 174p.
- SÃO PAULO (estado). **Lei 17.137 de 23 de agosto de 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal**. Diário Oficial Executivo, 24/08/2019, p.1.
- SASS, N.; TORLONI, M. R.; SOARES, B. G. O.; ATALLAH, A. N. **Continuing medical education in Brazil: what about obstetricians and gynecologists**. São Paulo Medical Journal, São Paulo, v. 123, n. 1, p. 5-10, 2005.
- SIGNORE, C., KLEBANOFF, M. **Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery**. Clin Perinatol, v. 35, n. 2, p. 361-371, 2008.
- SILVA, C. M. et al. **Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto**. Rev. Nutr., Campinas, v. 29, n. 4, p. 457-471, Aug. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000400457&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 Fev. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000400002>.
- SILVA, R. M. et al. **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012.
- SOBHY S et al. **Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis**. Lancet 2019; 393: 1973–82.
- SOSA, R. et al. **The effects of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction**. New England Journal of Medicine, v. 303, n. 11, p. 597-600, Sep. 1980.
- SOUZA, E. M. **Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade. Série Textos**. São Paulo: Cader-nos Cefor/PMSP, 1992.

SOUZA, J. P.; GÜLMEZOGLU, A.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FA-WOLE, B.; RUYAN, P.; WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. **Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health.** BMC Med, v. 8, n. 71, 2010.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto.** 2014. 85 p. Dissertação (Mestrado) –Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SOUZA, K. J.; RATTNER, D.; GUBERT, M. B. **Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 51, p. 69, jan. 2017. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138326>>. Acesso em: 06 fev. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006549>.

STEVENS, J. et al. **Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature.** Matern Child Nutr, v. 10, n. 4, p. 456-473, 2014. TAHSEEN, S.; GRIFFITHS, M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2) – a systematic review with metanalysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG, v. 117, n. 1, p. 5-19., 2010.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. **Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 2, p. 740-744, 2006.

TESSER C.D. **Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?** Rev. Saúde Pública. 2017;51:116 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041.pdf>.

TESSER, C. D. et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

TORLONI, M. R.; BETRÁN, A. P.; SOUZA, J. P. et al. **Classifications for cesarean section: a systematic review.** PLoS One, v. 6, e14566, 2011.

UMENAI, T. et al. **Conference agreement on the definition of humanization and humanized care.** Int J Gynaecol Obstet, v. 75, sup., p. S3-S4, 2001.

VAN DER WIJDEN, C.; KLEIJNEN, J.; VAN DEN BERK, T. **Lactational amenorrhea for family planning.** Cochrane Database Syst Rev, n. 4, CD001329, 2003.

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINSC. P.; MACHADO, D. O. **Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras.** Interface (Botucatu), v. 18, supl. 1, p. 997-1011, 2014.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** Lei vigente. Gaceta Oficial N° 38.668 Extraordinario, 23 abr. 2007. Caracas, 2007.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2013.

VICTORA, C. **Saúde da População Brasileira. 11o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Goiânia, 2015.** Disponível em: <<https://youtu.be/E90IIRbclxY>>.

WAGNER, M. **Getting the health out of people's daily lives.** The Lancet, v. 8309, p.1207-1208, 1982.

WAGNER, M. **Fish can't see water: the need to humanize birth.** Int J Gynaecol Obstet, v. 75, sup., p. S25-S37, 2001.

YE, J.; BETRÁN, A. P.; GUERRERO VELA, M.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. **Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery.** Birth, v. 41, n.3, p. 237-244, 2014.

ZHOU, Y. B. et al. **Impact of cesarean section on placental transfusion and iron-related hematological indices in term neonates: a systematic review and metanalysis.** Placenta, v. 35, n. 1, p. 1-8, 2014.

ZORZAM, B. A. O. et al. **Violência obstétrica: a voz das brasileiras.** Brasil, 2012.

Apêndice



Tabela 1: Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, segundo características da mulher. Brasil, 2000-2015

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORTE	adolescentes <=19 anos	21,25	22,35	23,23	23,27	24,15	25,34	24,39	26,26	29,48	32,60	32,85	33,99	37,08	38,39
	mulheres >=20 anos	26,71	28,02	30,79	31,32	32,69	34,17	34,38	36,81	40,24	43,23	44,11	45,62	48,60	51,39
	raça/cor preta e parda	22,95	23,52	26,06	26,75	28,03	29,44	29,02	30,96	34,34	38,25	39,65	41,05	44,24	46,63
Rondônia	adolescentes <=19 anos	27,56	24,20	30,16	26,31	25,84	28,15	32,20	37,25	43,39	44,77	49,53	50,09	44,94	53,39
	mulheres >=20 anos	34,08	30,83	35,97	33,90	34,22	37,05	42,69	47,86	51,56	53,49	57,32	57,51	54,74	63,67
	raça/cor preta e parda	26,04	24,41	29,74	26,08	26,96	29,32	32,95	37,94	41,62	46,87	52,91	53,70	49,73	59,44
Acre	adolescentes <=19 anos	11,58	14,78	19,94	26,08	25,55	30,39	21,99	22,00	24,20	24,60	28,05	31,24	32,28	34,09
	mulheres >=20 anos	15,87	18,69	25,53	31,48	32,38	36,58	31,52	31,76	34,18	35,62	39,87	43,53	45,46	48,06
	raça/cor preta e parda	15,04	17,41	25,06	31,60	29,47	32,53	27,79	28,28	32,85	31,64	33,82	38,65	40,66	41,99
Amazonas	adolescentes <=19 anos	14,65	19,83	20,45	21,43	22,73	25,25	24,05	23,83	25,19	29,87	26,96	29,19	34,36	37,68
	mulheres >=20 anos	20,06	23,69	27,95	29,45	31,45	34,77	34,98	34,87	36,12	39,29	36,99	39,13	44,90	49,10
	raça/cor preta e parda	16,51	20,54	22,74	25,14	26,02	29,50	29,23	29,62	31,41	35,77	33,95	35,62	41,35	45,43
Roraima	adolescentes <=19 anos	30,51	26,74	28,72	41,06	32,80	32,10	30,25	36,89	35,03	35,76	32,56	32,53	38,58	40,12
	mulheres >=20 anos	39,90	36,72	40,76	53,93	44,46	45,84	47,37	51,62	50,16	50,29	49,01	49,44	53,67	55,30
	raça/cor preta e parda	32,25	30,99	34,77	49,40	38,87	38,28	38,57	45,11	43,69	44,61	43,36	44,08	48,70	51,09
Pará	adolescentes <=19 anos	23,93	23,75	22,16	21,71	23,12	23,36	22,00	24,12	28,42	32,46	33,04	33,88	37,05	36,18
	mulheres >=20 anos	29,02	29,91	29,90	29,09	31,44	31,37	30,57	33,38	38,51	42,62	43,79	45,38	48,30	49,11
	raça/cor preta e parda	26,35	24,96	25,51	24,66	27,36	27,54	26,39	28,14	32,75	37,77	39,75	41,04	44,05	44,52
Amapá	adolescentes <=19 anos	18,32	13,30	16,64	16,53	17,99	18,90	20,47	21,62	22,88	23,34	22,44	22,49	25,15	26,68
	mulheres >=20 anos	23,49	19,57	24,62	25,84	25,89	28,76	29,88	32,23	36,30	36,20	35,58	35,28	37,11	40,80
	raça/cor preta e parda	21,63	18,15	22,83	23,28	23,80	26,18	27,43	29,49	31,92	32,12	31,62	31,76	34,06	36,58
Tocantins	adolescentes <=19 anos	21,84	26,83	33,11	30,82	32,72	34,37	35,13	38,66	41,52	40,69	45,30	46,02	50,91	51,88
	mulheres >=20 anos	29,37	34,21	41,04	41,43	42,22	44,27	46,43	50,92	52,36	52,97	57,69	58,91	61,44	63,48
	raça/cor preta e parda	22,88	28,44	35,06	35,38	37,69	39,53	41,11	45,26	46,69	47,81	52,96	53,99	57,52	59,49

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORDESTE	adolescentes <=19 anos	27,18	29,27	30,00	29,50	32,36	33,11	33,59	33,92	36,20	38,25	40,94	41,52	46,20	48,78
	mulheres >=20 anos	32,78	35,31	37,71	37,13	40,61	42,17	43,84	44,82	47,72	49,60	52,29	53,30	57,11	60,01
	raça/cor preta e parda	28,59	30,45	31,31	31,37	35,62	36,80	38,43	39,71	42,20	44,93	48,16	49,26	53,40	56,30
Maranhão	adolescentes <=19 anos	16,44	18,97	20,47	19,43	21,53	21,16	19,33	17,59	20,17	25,46	26,85	25,06	31,46	34,15
	mulheres >=20 anos	21,04	23,30	25,67	24,82	26,67	26,95	26,34	25,89	28,59	33,36	35,66	34,36	39,94	43,38
	raça/cor preta e parda	18,13	19,50	22,49	20,75	22,26	22,81	21,93	20,70	23,15	29,22	31,28	30,46	36,76	39,58
Piauí	adolescentes <=19 anos	18,94	22,34	26,67	30,59	38,00	39,09	40,30	34,61	36,02	36,02	40,82	40,93	47,05	50,93
	mulheres >=20 anos	22,11	26,75	32,06	36,72	44,91	46,22	47,71	41,98	44,51	46,36	50,99	52,80	57,16	61,23
	raça/cor preta e parda	19,82	24,10	29,95	35,59	43,50	43,17	44,73	40,14	40,36	42,55	47,77	49,21	54,29	58,22
Ceará	adolescentes <=19 anos	25,58	29,39	35,14	33,54	38,35	42,12	44,27	44,91	49,43	50,10	53,01	54,40	57,91	60,56
	mulheres >=20 anos	28,82	33,24	41,53	38,72	43,78	48,49	51,67	53,91	57,65	57,84	59,18	60,64	65,15	68,53
	raça/cor preta e parda	26,29	31,02	36,60	36,19	41,85	46,16	49,20	51,43	54,73	55,05	57,29	59,13	63,26	68,01
Rio Grande do Norte	adolescentes <=19 anos	28,43	30,81	30,51	32,01	35,78	38,25	38,54	36,49	38,26	42,73	46,44	47,50	49,82	51,90
	mulheres >=20 anos	34,05	38,15	38,72	39,79	45,33	47,50	48,79	48,40	49,99	55,58	58,43	60,38	61,95	62,98
	raça/cor preta e parda	28,79	30,45	31,36	33,27	38,52	41,75	40,93	40,71	43,17	49,61	53,00	54,71	56,42	58,17
Paraíba	adolescentes <=19 anos	32,58	37,28	38,44	37,81	42,89	42,79	43,18	46,06	50,83	50,96	55,00	55,89	58,57	59,15
	mulheres >=20 anos	37,53	41,72	43,29	43,84	48,99	49,35	51,60	55,38	60,23	59,69	63,45	65,16	67,93	69,11
	raça/cor preta e parda	29,39	37,66	39,83	38,28	45,59	43,32	44,98	52,12	55,17	55,60	59,86	61,62	64,27	65,63
Pernambuco	adolescentes <=19 anos	33,10	35,58	35,14	33,35	36,14	38,02	39,07	40,82	43,49	45,57	47,24	49,27	53,44	55,28
	mulheres >=20 anos	39,92	41,54	42,68	41,16	44,58	46,44	48,48	51,01	54,46	56,65	58,71	60,56	63,25	64,66
	raça/cor preta e parda	33,27	36,55	36,53	34,47	37,86	39,95	41,38	44,43	47,25	51,28	53,72	55,70	58,53	60,92
Alagoas	adolescentes <=19 anos	36,34	40,01	38,37	40,69	40,20	37,82	37,70	37,85	36,27	33,19	36,98	38,53	43,82	45,32
	mulheres >=20 anos	40,44	44,19	44,56	45,09	45,44	44,05	46,10	44,64	44,91	42,77	47,58	48,93	54,65	55,72
	raça/cor preta e parda	35,62	40,63	39,11	39,68	40,52	39,22	42,12	41,69	41,55	39,85	44,25	45,24	50,91	51,91
Sergipe	adolescentes <=19 anos	42,52	44,54	47,03	41,13	38,39	37,95	34,57	36,26	36,96	36,12	40,82	39,08	42,34	46,60
	mulheres >=20 anos	46,51	50,34	51,32	48,05	47,85	49,71	46,85	47,93	49,31	48,29	52,45	53,16	54,89	58,67
	raça/cor preta e parda	29,11	29,03	28,33	26,03	42,44	43,08	41,71	43,32	45,11	44,05	48,52	48,63	50,80	55,26
Bahia	adolescentes <=19 anos	25,41	25,95	24,46	23,92	26,02	26,02	27,37	28,99	30,52	33,48	35,25	35,84	41,00	44,65
	mulheres >=20 anos	31,42	32,62	33,87	33,57	36,55	37,80	40,03	41,66	44,43	47,06	49,36	49,99	53,65	57,61
	raça/cor preta e parda	30,68	28,93	27,77	28,66	32,09	32,73	35,09	37,06	39,86	42,73	45,62	46,35	51,11	54,33

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO SUDESTE	adolescentes <=19 anos	45,08	49,65	55,57	56,68	57,20	58,20	58,73	59,08	61,09	61,91	60,50	60,73	62,00	63,35
	mulheres >=20 anos	54,40	60,75	67,37	69,08	70,01	71,15	72,42	72,72	74,81	74,86	74,03	74,32	75,22	76,27
	raça/cor preta e parda	42,60	45,55	52,49	54,15	54,72	56,99	58,71	59,80	62,51	64,11	65,64	66,26	67,73	69,34
Minas Gerais	adolescentes <=19 anos	36,86	40,29	45,97	47,10	49,77	51,58	52,77	53,78	58,52	61,24	62,08	61,45	64,35	65,32
	mulheres >=20 anos	46,38	50,89	57,58	59,06	61,62	63,67	65,71	67,13	71,32	72,93	73,93	73,55	75,70	77,05
	raça/cor preta e parda	34,65	39,05	44,74	46,55	49,53	51,68	54,67	56,87	62,64	65,94	67,95	67,66	70,39	72,15
Espírito Santo	adolescentes <=19 anos	43,19	46,09	45,69	46,89	50,01	52,50	51,33	51,38	51,27	46,50	47,67	49,15	52,04	53,06
	mulheres >=20 anos	55,66	57,62	59,72	60,44	63,91	66,37	66,61	67,06	67,52	64,40	65,91	67,28	69,85	71,32
	raça/cor preta e parda	47,06	47,88	50,95	51,38	53,78	56,31	56,91	57,44	58,97	57,85	59,26	59,94	63,01	64,43
Rio de Janeiro	adolescentes <=19 anos	46,80	49,05	51,35	51,14	48,92	49,66	48,36	48,19	49,06	49,04	48,92	49,67	51,17	54,46
	mulheres >=20 anos	59,19	61,65	65,04	66,12	65,20	65,73	65,67	65,77	67,17	66,71	66,66	67,65	69,20	70,84
	raça/cor preta e parda	47,67	49,38	52,64	54,05	51,41	53,14	52,40	52,37	53,03	53,91	56,19	57,43	59,65	62,54
São Paulo	adolescentes <=19 anos	48,35	54,78	63,09	64,71	65,04	65,72	66,85	66,99	68,49	69,45	66,26	66,66	66,97	67,68
	mulheres >=20 anos	55,99	65,12	73,14	75,21	75,81	76,62	78,07	77,94	79,52	79,38	77,29	77,60	77,64	78,33
	raça/cor preta e parda	44,08	48,25	61,24	62,94	62,99	65,31	68,23	68,87	70,44	71,45	70,57	71,40	71,43	72,34
REGIÃO SUL	adolescentes <=19 anos	44,73	52,77	56,14	58,89	61,15	62,69	63,63	63,48	65,26	65,12	62,97	64,56	65,52	67,53
	mulheres >=20 anos	54,59	62,87	67,63	70,32	72,73	74,04	75,52	75,61	77,41	76,87	75,46	76,39	77,63	78,77
	raça/cor preta e parda	39,24	45,50	52,67	55,17	58,97	60,25	61,06	60,77	63,59	63,57	65,77	67,33	69,84	71,42
Paraná	adolescentes <=19 anos	51,92	61,53	62,36	65,60	66,97	68,37	69,68	70,15	72,04	73,88	68,21	70,55	72,02	73,65
	mulheres >=20 anos	60,84	70,00	72,88	75,45	76,92	77,95	79,97	80,54	82,45	83,83	79,66	80,93	82,79	83,82
	raça/cor preta e parda	47,76	55,96	62,99	63,44	69,12	69,11	69,94	70,40	74,49	78,18	72,17	73,71	76,37	77,71
Santa Catarina	adolescentes <=19 anos	36,26	45,12	50,73	53,34	55,72	56,97	58,04	57,20	58,97	58,25	58,73	59,25	59,79	62,90
	mulheres >=20 anos	45,72	55,62	62,63	65,37	67,50	68,68	70,43	69,89	71,89	70,88	71,32	71,95	72,76	74,75
	raça/cor preta e parda	31,45	37,09	45,71	50,69	51,18	50,60	52,20	50,62	52,20	57,70	60,74	61,69	64,02	65,70
Rio Grande do Sul	adolescentes <=19 anos	41,31	46,80	51,95	53,92	57,25	59,17	59,54	58,62	60,24	58,12	58,95	60,16	60,81	62,82
	mulheres >=20 anos	53,15	59,44	65,08	67,71	71,42	73,12	73,87	73,89	75,36	73,17	73,60	74,38	75,21	76,08
	raça/cor preta e parda	36,46	41,47	47,88	50,67	54,07	55,96	56,62	55,69	57,29	57,16	58,54	60,44	62,19	64,42

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO CENTRO OESTE	adolescentes <=19 anos	44,47	48,14	49,57	50,15	51,28	52,35	53,94	54,68	57,73	55,03	53,89	53,79	55,61	56,27
	mulheres >=20 anos	52,85	57,02	59,93	61,85	62,10	64,61	66,04	66,95	69,82	67,37	67,20	67,81	68,94	69,96
	raça/cor preta e parda	44,15	46,52	49,22	50,50	51,35	53,73	55,80	57,51	62,50	61,12	61,17	61,52	63,10	64,75
Mato Grosso do Sul	adolescentes <=19 anos	54,53	53,77	51,32	54,58	57,15	56,22	57,17	56,06	57,55	56,03	51,51	53,60	55,97	54,46
	mulheres >=20 anos	61,57	62,40	61,91	66,45	67,24	67,54	67,31	67,95	69,20	68,73	66,66	68,57	70,29	69,73
	raça/cor preta e parda	51,75	48,97	50,86	55,49	55,21	56,07	59,35	59,14	63,08	61,09	58,80	60,94	63,31	62,32
Mato Grosso	adolescentes <=19 anos	47,28	50,40	50,57	48,54	50,84	51,54	55,39	56,09	58,93	59,00	61,18	57,84	58,59	60,92
	mulheres >=20 anos	54,51	57,91	60,99	59,95	61,88	63,96	65,44	67,05	68,48	68,72	69,77	69,76	70,14	71,90
	raça/cor preta e parda	52,30	52,77	52,72	50,09	52,30	54,97	56,53	58,27	60,50	63,65	65,08	64,45	65,19	67,25
Goiás	adolescentes <=19 anos	44,61	48,95	52,65	53,24	53,11	53,43	54,54	54,55	59,26	54,39	51,65	51,80	53,15	53,75
	mulheres >=20 anos	53,27	56,37	61,28	63,40	62,70	64,17	66,06	66,20	69,97	66,09	65,65	66,14	66,55	67,66
	raça/cor preta e parda	44,19	46,01	51,22	52,87	52,27	52,09	54,36	55,24	61,54	59,30	59,24	59,45	60,00	62,23
Distrito Federal	adolescentes <=19 anos	28,07	35,14	36,72	38,37	39,41	45,62	45,11	50,55	51,52	48,31	50,83	52,79	57,18	58,08
	mulheres >=20 anos	44,17	53,41	54,85	57,34	57,37	63,79	65,56	67,47	71,32	67,28	68,12	68,45	71,42	72,70
	raça/cor preta e parda	29,07	37,57	38,07	42,95	46,32	53,30	54,22	59,08	66,11	61,28	62,20	62,59	67,27	69,32
População indígena	adolescentes <=19 anos	20,19	25,29	24,32	20,81	17,36	16,84	16,80	16,71	17,71	19,97	20,93	21,87	26,98	29,30
	mulheres >=20 anos	25,67	27,70	25,92	22,57	17,95	16,10	16,55	17,56	19,38	23,58	24,89	27,91	31,82	35,39
TOTAL	adolescentes <=19 anos	36,44	39,44	41,89	42,36	44,01	44,94	45,33	45,98	48,42	49,53	49,86	50,50	53,13	54,83
	mulheres >=20 anos	46,07	50,43	54,97	55,85	57,65	58,99	60,24	61,09	63,76	64,40	64,86	65,60	67,61	69,37
	raça/cor preta e parda	32,89	34,56	37,48	38,27	40,77	42,43	43,76	45,36	48,52	51,26	54,30	55,35	58,27	60,55
TOTAL BRASIL		43,71	47,84	51,98	52,76	54,54	55,82	56,98	57,86	60,57	61,28	61,69	62,42	64,62	66,49

Tabela 2. Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade. 2001 a 2015

Região/ Unidade da Federação	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORTE	0,7	0,7	1,7	1,2	1,6	2,0	2,4	2,3	2,2	2,1	2,6	2,9	3,5	3,8	4,4
Rondônia	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,4	0,3	0,4	0,2	0,7	1,2	1,8	2,0	2,6	3,3
Acre	0,0	0,2	0,1	0,6	0,8	4,1	7,3	3,4	2,1	1,1	1,2	2,1	4,3	5,3	4,0
Amazonas	0,3	0,4	1,0	1,6	1,7	2,4	2,0	2,4	1,9	1,3	1,6	2,1	2,2	2,0	3,9
Roraima	0,8	1,0	1,8	0,3	1,3	1,8	2,5	1,8	1,7	5,3	2,9	3,8	4,2	1,5	1,2
Pará	0,6	0,4	1,7	0,9	1,8	1,6	1,8	2,2	2,3	2,2	3,1	3,1	3,6	4,8	4,6
Amapá	4,2	5,8	7,5	5,5	2,3	4,0	6,5	5,2	6,2	5,0	4,8	5,8	6,6	2,5	2,6
Tocantins	1,4	1,3	2,3	2,0	2,5	2,6	3,2	2,9	2,1	2,7	3,6	3,8	5,2	6,4	9,1
REGIÃO NORDESTE	0,9	1,0	1,6	1,8	2,2	2,5	2,1	2,1	2,4	2,7	3,8	4,5	5,3	6,1	7,1
Maranhão	0,8	1,3	1,9	1,7	1,6	2,3	1,2	1,6	1,2	1,0	1,5	2,1	2,2	2,5	3,6
Piauí	0,2	0,6	0,8	1,2	0,7	0,5	0,6	0,3	0,3	0,6	0,8	1,8	2,6	3,3	8,0
Ceará	0,2	0,3	0,8	1,2	2,4	3,1	3,3	4,0	4,8	5,0	6,8	7,3	7,7	8,4	8,5
Rio Grande do Norte	0,7	0,5	1,4	2,4	2,5	2,9	2,6	3,5	3,7	4,2	5,4	6,1	5,9	5,9	8,9
Paraíba	0,7	1,8	0,7	1,2	1,7	2,2	1,5	1,1	1,4	2,0	2,9	3,7	3,3	4,4	5,4
Pernambuco	3,0	2,7	4,3	3,9	4,5	4,4	4,1	2,7	3,0	3,6	4,9	5,4	7,1	9,0	9,4
Alagoas	0,3	0,4	0,9	1,9	3,5	5,2	2,5	3,2	3,2	4,0	5,8	7,0	7,7	8,0	7,4
Sergipe	0,4	0,2	3,8	2,8	1,9	1,8	2,7	3,0	3,5	5,0	6,4	9,9	11,2	11,1	10,5
Bahia	0,5	0,4	0,5	0,8	1,0	1,1	0,9	0,9	1,2	1,5	2,1	2,7	3,9	4,5	5,6
REGIÃO SUDESTE	1,7	1,7	2,2	2,2	2,2	2,0	2,0	2,1	2,2	2,7	3,6	4,6	5,1	6,0	6,9
Minas Gerais	0,3	0,2	0,5	0,4	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	1,2	1,9	2,4	3,5	5,3
Espírito Santo	3,3	4,1	5,6	5,4	4,6	3,3	3,1	1,9	1,8	3,0	3,2	5,1	6,3	6,7	9,0
Rio de Janeiro	4,4	4,6	5,2	5,7	6,0	5,5	5,4	5,8	6,4	6,8	9,8	11,5	11,5	12,2	12,4
São Paulo	1,1	1,1	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3	1,9	2,4	3,1	3,9	4,7	5,4
REGIÃO SUL	0,6	0,6	0,8	0,7	0,8	0,9	1,1	1,1	1,5	1,8	2,4	3,1	4,1	4,8	6,8
Paraná	0,3	0,5	0,6	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,7	1,0	1,4	2,0	2,6	2,9	4,0
Santa Catarina	0,1	0,1	0,3	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,9	1,1	1,1	2,4	2,9	4,9
Rio Grande do Sul	1,1	1,0	1,3	1,0	1,3	1,5	1,9	2,2	2,9	3,3	4,4	5,5	6,9	8,2	11,1
REGIÃO CENTRO-OESTE	0,9	1,1	1,3	1,5	1,7	1,7	1,2	1,4	1,4	1,5	1,8	2,3	3,3	3,8	4,5
Mato Grosso do Sul	0,6	1,3	0,6	1,2	2,3	3,1	1,3	2,5	3,1	2,7	2,7	4,3	5,3	5,6	7,2
Mato Grosso	0,1	0,3	0,6	0,4	0,8	1,2	1,4	1,2	0,9	1,4	1,2	2,3	2,9	3,2	3,7
Goiás	0,8	0,9	1,2	1,4	1,1	0,9	0,7	0,9	0,8	0,8	1,2	1,2	2,4	3,4	3,9
Distrito Federal	2,0	2,2	2,5	3,4	3,1	2,7	1,7	1,5	1,5	2,1	2,7	2,9	3,5	3,9	4,4
TOTAL	1,0	1,2	1,7	1,7	1,9	2,0	1,9	2,0	2,1	2,4	3,2	4,0	4,7	5,5	6,5

Fontes: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc e Sistema de Informação de Agravos de Notificação- Sinan / Nota: Por residência da mãe por Região/Unidade da Federação e Ano de diagnóstico. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

Tabela 3: Coeficiente de mortalidade materna por síndromes hipertensivas, segundo características da mulher. Brasil 2000-2014

Região/ Unidade da Federação	Brasil 2000 a 2014	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
REGIÃO NORTE	adolescentes <=19 anos	11,27	7,73	7,86	15,43	15,65	15,58	14,57	15,02	10,30	14,33	13,63	15,64	12,21	19,27	15,41
	mulheres >=20 anos	21,46	13,98	14,65	13,18	10,95	17,85	18,84	13,32	17,48	20,71	11,52	17,34	17,22	13,03	18,12
	raça/cor preta e parda	14,62	12,62	11,83	13,96	11,84	15,93	17,21	11,78	15,27	18,36	10,47	15,09	15,37	13,54	17,82
Rondônia	adolescentes <=19 anos	20,94	-	-	12,74	12,73	-	30,83	17,24	-	15,87	-	-	-	33,82	17,17
	mulheres >=20 anos	9,26	5,04	9,56	4,84	4,80	29,63	27,12	17,45	9,89	5,06	15,12	18,77	19,44	23,60	23,00
	raça/cor preta e parda	19,10	-	-	6,22	6,07	12,01	34,54	-	6,25	-	12,87	17,13	16,53	31,50	30,74
Acre	adolescentes <=19 anos	-	-	-	21,45	-	21,00	-	-	-	22,10	-	-	22,42	43,01	-
	mulheres >=20 anos	-	-	-	17,68	8,47	7,87	16,77	16,91	-	16,17	8,29	30,64	-	-	16,03
	raça/cor preta e parda	-	-	-	14,74	-	-	16,16	8,33	-	14,97	7,38	14,19	7,99	15,36	14,56
Amazonas	adolescentes <=19 anos	15,28	9,97	9,93	4,97	24,81	4,97	9,77	10,15	5,05	4,95	-	9,78	19,03	18,46	23,02
	mulheres >=20 anos	31,73	12,03	15,87	21,78	9,79	13,20	10,89	5,58	9,06	28,82	16,36	3,59	15,95	8,72	13,47
	raça/cor preta e parda	20,44	11,69	18,53	18,12	16,64	12,31	6,76	5,20	6,78	26,25	5,16	3,20	15,54	7,47	14,32
Roraima	adolescentes <=19 anos	-	-	-	-	-	-	-	39,42	-	40,85	-	40,21	-	-	-
	mulheres >=20 anos	14,62	14,73	15,65	13,73	-	27,95	14,08	-	13,25	27,68	-	-	-	-	12,13
	raça/cor preta e parda	-	13,19	-	14,51	-	-	18,03	-	18,38	32,85	-	-	-	-	-
Pará	adolescentes <=19 anos	12,64	11,83	9,64	20,80	11,77	18,41	18,23	16,12	16,37	14,96	28,51	20,49	7,90	13,10	15,33
	mulheres >=20 anos	19,64	18,41	18,01	11,83	14,96	21,58	15,99	18,74	25,80	19,41	11,75	22,35	22,03	16,79	23,00
	raça/cor preta e parda	14,99	17,15	13,15	13,60	13,39	20,53	16,31	16,81	22,03	16,76	15,59	20,98	16,87	14,32	20,87
Amapá	adolescentes <=19 anos	-	-	26,43	-	25,66	25,63	-	-	25,30	-	-	-	-	24,62	23,46
	mulheres >=20 anos	-	19,06	9,62	9,34	9,93	9,71	37,38	9,46	26,90	9,43	-	17,84	18,18	17,17	16,66
	raça/cor preta e parda	-	15,29	7,54	7,07	14,90	14,65	20,93	7,10	20,32	7,13	-	15,28	7,59	22,12	21,73
Tocantins	adolescentes <=19 anos	-	-	-	25,24	26,26	39,28	13,52	28,93	-	30,83	-	32,64	33,98	34,42	-
	mulheres >=20 anos	45,46	11,21	11,05	5,52	5,54	5,35	42,93	5,53	10,65	27,14	5,48	26,44	10,81	5,46	5,25
	raça/cor preta e parda	16,72	5,37	10,31	14,95	4,94	18,96	38,08	14,59	9,33	24,02	5,13	19,80	20,06	10,04	4,84

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
REGIÃO NORDESTE	adolescentes <=19 anos	13,22	11,05	12,63	16,08	12,99	15,48	12,35	11,78	17,46	11,78	11,88	14,86	12,45	11,53	8,24
	mulheres >=20 anos	16,94	15,12	16,15	19,13	17,59	18,27	17,05	18,61	18,77	20,45	17,84	16,45	17,59	19,08	18,74
	raça/cor preta e parda	14,93	14,17	14,72	18,67	17,17	18,37	14,50	16,38	18,95	18,44	17,07	14,15	15,80	16,80	16,00
Maranhão	adolescentes <=19 anos	25,08	17,33	29,72	25,14	28,44	30,51	18,61	32,56	44,45	17,85	34,90	25,44	33,42	23,60	16,69
	mulheres >=20 anos	28,38	29,03	33,64	29,61	27,50	26,53	27,75	32,06	27,08	28,89	32,94	21,19	12,77	35,15	26,40
	raça/cor preta e parda	37,26	34,45	38,87	30,85	30,65	31,05	22,19	28,14	27,23	26,46	31,82	23,73	18,45	30,52	21,75
Piauí	adolescentes <=19 anos	6,04	18,21	12,64	26,18	-	-	34,79	7,24	39,44	-	18,01	9,24	47,70	9,92	9,47
	mulheres >=20 anos	24,12	14,38	39,64	22,66	27,76	31,34	24,41	22,84	45,02	15,26	15,66	38,14	18,68	22,01	21,40
	raça/cor preta e parda	13,46	19,31	20,78	24,19	16,26	23,81	21,96	11,28	46,67	10,14	16,72	24,49	23,57	21,43	12,74
Ceará	adolescentes <=19 anos	17,75	11,48	12,12	27,71	21,75	9,32	16,36	16,77	-	24,96	7,56	7,54	15,10	30,76	-
	mulheres >=20 anos	22,06	12,35	15,46	14,91	23,84	28,81	19,15	15,38	20,90	21,29	22,47	12,74	23,91	16,18	15,68
	raça/cor preta e parda	14,90	8,69	11,83	13,10	21,73	28,00	19,57	17,66	19,00	20,52	18,85	11,46	21,64	18,56	13,03
Rio Grande do Norte	adolescentes <=19 anos	-	7,21	7,57	-	8,01	15,62	8,86	-	18,24	9,89	-	40,41	-	-	20,85
	mulheres >=20 anos	11,95	15,21	12,53	27,92	5,23	7,60	2,71	13,47	7,72	25,76	7,92	26,18	16,10	13,49	23,37
	raça/cor preta e parda	10,13	10,11	13,39	10,45	10,39	3,25	3,43	10,35	3,46	22,38	7,61	15,72	12,88	12,64	22,10
Paraíba	adolescentes <=19 anos	6,89	-	-	13,37	6,79	6,68	7,16	-	7,58	23,97	17,06	25,13	25,92	8,67	8,81
	mulheres >=20 anos	11,93	4,11	14,43	20,41	21,11	14,23	10,81	15,14	8,20	12,63	14,90	21,37	13,28	17,65	21,65
	raça/cor preta e parda	8,43	7,61	14,57	33,10	25,93	22,48	9,37	20,58	10,04	17,00	16,68	15,11	19,31	10,61	23,57
Pernambuco	adolescentes <=19 anos	9,72	9,87	13,32	11,16	5,61	16,53	8,79	12,05	12,22	6,41	3,43	-	3,25	6,56	-
	mulheres >=20 anos	15,59	12,98	11,83	14,70	12,30	13,83	18,76	17,29	16,01	21,70	14,89	11,81	16,27	13,52	10,64
	raça/cor preta e parda	14,32	10,40	13,11	15,62	9,86	13,32	12,58	15,59	14,47	23,29	13,53	6,68	11,22	11,95	10,88
Alagoas	adolescentes <=19 anos	23,30	17,14	12,10	12,23	13,07	25,56	20,18	13,51	13,80	-	-	21,81	-	-	7,32
	mulheres >=20 anos	14,48	3,99	4,19	19,34	9,11	22,28	16,42	14,08	13,77	7,14	19,54	14,80	18,06	7,82	15,71
	raça/cor preta e parda	6,78	4,26	8,62	13,19	6,84	14,96	15,17	14,91	14,21	4,34	14,96	14,49	12,96	4,34	13,07
Sergipe	adolescentes <=19 anos	10,52	11,13	11,93	-	12,53	23,84	-	-	-	14,35	-	13,60	-	-	-
	mulheres >=20 anos	3,28	16,76	21,00	17,61	25,23	13,83	10,39	10,69	20,71	46,20	14,77	18,13	26,09	26,13	18,53
	raça/cor preta e parda	-	26,86	14,13	24,75	20,56	13,07	13,04	12,63	11,90	37,69	17,22	13,41	20,46	16,94	13,54
Bahia	adolescentes <=19 anos	11,09	8,10	6,59	11,57	8,49	10,42	3,74	1,93	12,05	6,29	8,82	12,87	-	4,65	11,87
	mulheres >=20 anos	14,02	18,91	9,78	16,45	12,66	10,46	13,20	17,80	15,13	15,88	12,59	10,69	16,95	18,71	20,38
	raça/cor preta e parda	13,67	13,87	6,54	15,38	13,46	10,52	9,30	11,86	16,61	12,86	12,33	11,89	11,72	16,29	16,57

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
REGIÃO SUDESTE	adolescentes <=19 anos	7,21	10,64	8,75	8,79	6,16	9,03	6,88	6,08	7,82	8,63	7,81	5,50	7,60	4,33	5,39
	mulheres >=20 anos	14,92	11,69	11,71	11,00	11,89	11,66	12,18	11,78	12,79	10,92	11,23	9,46	8,78	10,07	10,23
	raça/cor preta e parda	19,53	19,12	20,46	19,37	15,48	19,90	19,68	18,82	19,93	17,43	14,65	10,99	9,79	9,66	10,53
Minas Gerais	adolescentes <=19 anos	4,86	6,61	10,85	11,24	5,81	3,83	9,99	6,17	4,25	11,37	6,99	-	2,35	7,06	2,34
	mulheres >=20 anos	13,48	9,29	11,37	10,38	11,08	9,34	7,40	9,96	15,43	11,98	9,42	7,83	8,71	12,03	11,14
	raça/cor preta e parda	12,79	15,24	11,46	16,61	11,73	14,40	8,71	14,39	13,42	13,45	8,14	7,26	7,48	10,67	10,85
Espírito Santo	adolescentes <=19 anos	7,48	22,74	-	8,90	-	9,24	-	9,78	10,15	21,29	11,02	-	10,69	-	10,00
	mulheres >=20 anos	17,83	4,57	16,30	9,50	11,87	12,04	22,03	14,71	9,52	11,89	9,35	11,37	18,40	13,54	25,78
	raça/cor preta e parda	20,31	6,54	3,60	12,78	17,00	14,43	19,04	10,92	17,55	16,53	13,13	11,62	20,48	10,60	27,81
Rio de Janeiro	adolescentes <=19 anos	10,97	17,84	19,24	15,51	9,17	16,46	12,00	14,55	14,93	5,09	13,07	12,60	9,78	9,69	4,79
	mulheres >=20 anos	24,53	19,32	23,23	18,73	19,89	17,74	26,03	19,93	14,80	14,10	16,38	12,71	13,74	17,51	13,04
	raça/cor preta e parda	26,64	26,21	38,77	30,31	22,78	24,28	31,88	25,52	19,64	19,62	22,16	18,27	14,39	17,86	12,57
São Paulo	adolescentes <=19 anos	6,74	8,31	4,37	4,70	5,73	8,58	3,96	2,05	6,33	7,54	5,61	5,55	8,74	1,10	6,59
	mulheres >=20 anos	11,76	10,56	7,28	8,54	9,36	10,51	8,56	9,44	11,24	9,29	10,35	8,84	6,28	6,35	7,48
	raça/cor preta e parda	18,64	20,10	17,48	12,71	11,92	23,19	19,78	18,82	26,83	19,41	14,87	8,62	7,02	4,22	6,41
REGIÃO SUL	adolescentes <=19 anos	6,27	10,24	7,21	9,07	6,46	5,24	8,20	2,92	2,93	4,51	6,17	4,64	6,13	1,52	3,07
	mulheres >=20 anos	10,44	12,21	11,47	7,37	10,61	9,82	11,44	8,83	8,90	8,00	11,14	6,06	10,11	6,22	6,64
	raça/cor preta e parda	28,06	40,98	43,01	21,59	35,93	24,67	30,57	11,64	25,72	24,51	28,39	5,43	18,99	4,49	8,65
Paraná	adolescentes <=19 anos	12,45	5,35	5,62	18,31	3,03	9,04	9,45	3,36	3,37	6,73	10,33	10,52	-	3,45	6,98
	mulheres >=20 anos	14,39	17,74	13,13	8,03	11,06	12,59	11,49	11,03	9,06	11,72	16,26	8,04	7,98	7,10	6,09
	raça/cor preta e parda	51,49	69,33	57,21	32,25	32,33	30,00	33,35	31,83	20,06	37,01	54,02	9,01	9,34	2,96	13,85
Santa Catarina	adolescentes <=19 anos	5,08	16,60	17,60	6,27	18,65	-	6,52	-	-	-	7,19	-	7,12	-	-
	mulheres >=20 anos	6,66	5,71	13,11	2,98	5,77	4,35	11,63	8,96	9,96	5,77	9,90	1,36	4,02	2,64	8,84
	raça/cor preta e parda	24,42	25,83	92,19	-	32,05	-	40,02	-	36,74	36,21	37,55	-	11,32	-	-
Rio Grande do Sul	adolescentes <=19 anos	-	12,35	3,27	-	3,53	3,64	7,68	4,21	4,25	4,42	-	-	13,27	-	-
	mulheres >=20 anos	8,55	10,16	8,83	9,12	12,84	10,03	11,28	6,38	8,06	5,41	6,28	6,91	16,33	7,58	5,79
	raça/cor preta e parda	16,42	29,83	25,15	19,62	38,87	26,07	27,25	-	27,53	13,34	6,94	4,95	35,96	8,71	4,38

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
REGIÃO CENTRO OESTE	adolescentes <=19 anos	11,54	5,19	5,47	15,21	11,46	11,56	8,24	2,19	10,99	9,15	4,69	9,28	2,27	6,75	4,40
	mulheres >=20 anos	12,27	18,91	16,27	10,97	15,82	14,51	11,55	10,61	17,51	11,34	15,16	18,53	15,57	15,25	9,02
	raça/cor preta e parda	13,95	25,94	26,65	21,79	22,45	18,92	16,59	12,74	17,54	14,09	13,72	20,30	11,79	17,88	8,51
Mato Grosso do Sul	adolescentes <=19 anos	-	9,10	9,40	9,95	9,71	9,72	-	10,87	31,32	32,27	-	10,69	-	-	10,49
	mulheres >=20 anos	13,83	30,99	27,34	13,70	22,40	19,28	13,36	10,20	15,80	25,83	16,05	27,44	12,16	9,06	11,59
	raça/cor preta e parda	16,83	34,49	54,89	26,20	33,14	38,45	22,10	13,86	23,05	40,32	17,16	32,69	8,30	12,21	11,50
Mato Grosso	adolescentes <=19 anos	20,42	7,10	7,53	14,94	7,34	29,39	16,01	-	-	9,11	9,26	9,21	-	17,74	8,66
	mulheres >=20 anos	20,17	17,96	26,28	17,07	13,31	18,05	16,20	19,54	18,31	5,33	15,74	29,73	19,95	14,37	8,90
	raça/cor preta e parda	23,11	24,69	32,90	30,88	14,53	20,41	18,15	25,35	13,62	6,96	13,45	25,56	13,90	18,62	9,79
Goiás	adolescentes <=19 anos	11,96	4,18	4,38	23,37	19,01	4,82	5,14	-	11,07	-	5,93	11,76	5,68	5,53	-
	mulheres >=20 anos	8,68	20,38	8,47	9,92	18,57	11,32	10,30	8,99	18,75	10,01	15,60	12,38	17,18	22,15	4,92
	raça/cor preta e parda	7,12	30,97	13,79	21,02	30,67	9,74	14,92	5,67	19,48	10,62	13,06	15,75	13,91	23,88	4,86
Distrito Federal	adolescentes <=19 anos	10,52	-	-	-	-	-	14,32	-	-	-	-	-	-	-	-
	mulheres >=20 anos	10,42	7,89	13,26	5,22	7,87	12,94	7,86	5,32	15,84	7,91	13,06	10,64	10,65	7,78	15,46
	raça/cor preta e parda	9,95	15,11	21,86	5,99	12,76	18,01	13,74	8,09	15,03	8,80	12,58	11,72	7,53	8,12	12,44
Total	adolescentes <=19 anos	9,86	9,93	9,52	12,78	10,28	11,95	10,11	8,68	11,18	10,09	9,59	10,34	9,28	8,75	7,47
	mulheres >=20 anos	15,18	13,47	13,57	13,10	13,56	14,14	14,10	13,46	14,86	14,31	13,43	12,46	12,75	12,71	12,70
	raça/cor preta e parda	16,43	16,65	17,14	18,21	16,47	18,49	16,82	15,83	18,57	17,95	15,21	13,70	13,56	13,54	13,51
TOTAL BRASIL		13,91	12,58	12,62	13,00	12,82	13,64	13,24	12,45	14,11	13,46	12,68	12,05	12,08	11,95	11,71

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nota: Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011". Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

O indicador foi calculado apenas para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%, o que corresponde a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás.

Os valores apresentados podem diferir dos publicados em outros meios na primeira ou segunda casa decimal, em razão da forma de armazenamento e arredondamento.

O cálculo do indicador nas regiões só é feito para aquelas em que todas as UF estejam representadas com as razões específicas. Apenas a Região Sul atendeu a esta condição.

Para o total Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi obtida aplicando-se fatores de correção às RMM brutas a partir das informações dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC).

Os fatores de correção (k) foram obtidos a partir de publicações que indicaram um k=2,56 para o ano de 1990 (1), um k=2 para 1996 (2), e um k=1,4 para 2001 (3). Com estes três pontos, foram estimados os valores faltantes mediante regressão log-linear no período de 1990 a 1999. No período de 2000 a 2007 foi utilizado 1,4 como fator de correção. Em 2008 foi utilizado o fator de correção de 1,2. De 2009 em diante, foram utilizados modelos de regressão para estimar a RMM.

Tabela 4: Proporção de partos hospitalares, segundo características da mulher. Brasil, 2000-2015

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORTE	adolescentes <=19 anos	91,61	91,15	91,88	90,97	91,42	91,75	92,55	92,77	93,50	94,31	94,72	95,30	95,88	96,23	95,77	96,01
	mulheres >=20 anos	91,29	90,73	91,66	90,94	91,31	91,81	92,37	92,78	93,55	94,18	94,67	95,17	95,73	96,05	95,83	96,11
	raça/cor preta e parda	91,39	90,84	91,48	90,78	91,01	91,45	92,17	92,52	93,35	94,08	94,53	95,11	95,69	96,06	95,74	96,0
Rondônia	adolescentes <=19 anos	99,01	99,12	99,13	98,70	98,94	97,92	98,14	98,44	99,40	99,21	98,78	97,89	97,66	97,47	96,72	97,14
	mulheres >=20 anos	99,13	99,24	99,11	98,77	98,88	98,43	97,76	98,41	99,40	99,29	98,77	97,61	97,49	97,15	96,64	96,85
	raça/cor preta e parda	98,89	99,30	98,95	98,45	98,53	97,65	97,40	97,81	99,28	99,02	99,23	98,47	97,67	97,49	96,86	97,37
Acre	adolescentes <=19 anos	92,88	94,77	93,14	91,71	92,46	91,54	91,92	89,14	91,84	92,05	92,92	93,99	95,42	96,26	97,01	97,17
	mulheres >=20 anos	89,70	91,55	90,14	87,88	87,53	88,08	89,26	85,85	88,28	88,08	89,24	91,37	94,35	95,70	96,27	96,97
	raça/cor preta e parda	94,99	95,46	92,70	93,20	91,87	91,99	91,17	86,84	90,13	90,36	92,29	92,05	94,24	95,71	96,42	97,01
Amazonas	adolescentes <=19 anos	96,34	93,21	93,43	93,74	94,04	94,27	94,25	94,90	95,37	95,61	96,18	96,42	96,73	96,97	96,46	97,08
	mulheres >=20 anos	94,69	91,25	92,43	92,46	92,97	93,50	93,16	94,08	94,46	95,06	95,53	95,68	96,18	96,42	96,16	96,79
	raça/cor preta e parda	95,25	92,53	92,88	92,83	92,71	93,27	93,40	93,96	94,44	95,09	95,36	95,75	96,24	96,53	96,28	96,88
Roraima	adolescentes <=19 anos	98,15	97,52	97,82	97,21	97,11	97,16	97,76	98,45	98,23	98,51	98,05	98,70	98,76	98,89	98,78	98,77
	mulheres >=20 anos	98,43	97,36	97,93	97,48	97,44	98,01	97,96	98,32	98,47	98,33	98,47	98,53	98,50	98,97	99,08	98,74
	raça/cor preta e parda	98,57	97,64	97,83	97,23	97,40	97,75	97,53	98,06	98,33	98,16	98,36	98,57	98,68	98,96	98,97	98,73
Pará	adolescentes <=19 anos	85,21	86,39	88,12	86,48	87,00	88,03	89,91	90,33	90,86	92,25	92,86	93,83	94,72	95,20	94,58	94,63
	mulheres >=20 anos	85,39	86,67	88,31	87,13	87,62	88,49	90,25	90,74	91,51	92,48	93,08	94,02	94,67	95,03	94,63	94,80
	raça/cor preta e parda	85,71	86,27	87,80	86,44	87,05	87,91	89,90	90,58	91,32	92,39	92,90	93,87	94,65	95,05	94,49	94,67
Amapá	adolescentes <=19 anos	97,07	94,32	92,68	93,90	95,42	93,97	91,87	92,30	93,97	94,30	93,97	94,74	94,72	94,97	94,94	95,52
	mulheres >=20 anos	96,71	94,45	92,60	94,40	94,68	93,55	91,75	93,30	93,82	93,53	94,51	94,94	94,21	95,42	96,02	96,07
	raça/cor preta e parda	97,08	94,98	94,20	95,52	96,42	94,59	92,64	93,56	94,46	94,03	94,28	94,97	94,58	95,33	95,61	95,91
Tocantins	adolescentes <=19 anos	97,88	97,07	97,17	97,24	97,32	98,05	98,14	98,55	98,72	98,75	98,83	98,84	98,92	99,08	98,93	98,98
	mulheres >=20 anos	97,64	95,83	96,72	96,73	97,10	97,54	97,53	98,23	98,37	98,71	98,95	98,91	99,13	99,01	98,99	99,07
	raça/cor preta e parda	97,71	96,76	96,90	97,21	97,38	97,68	97,80	98,34	98,46	98,76	98,89	98,85	99,08	99,01	99,01	99,03

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORDESTE	adolescentes <=19 anos	94,18	93,77	94,19	94,46	94,92	95,75	96,00	96,69	97,02	97,33	97,60	97,79	97,97	98,22	98,23	98,31
	mulheres >=20 anos	92,97	92,62	93,34	93,85	94,30	95,16	95,58	96,31	96,66	97,03	97,25	97,34	97,55	97,94	97,93	98,00
	raça/cor preta e parda	94,18	93,78	94,02	94,36	94,91	95,25	95,57	96,18	96,52	96,88	97,16	97,38	97,58	97,97	97,95	98,12
Maranhão	adolescentes <=19 anos	95,12	93,32	92,41	91,89	92,58	92,74	93,55	94,26	95,31	95,38	95,77	96,24	96,46	96,93	97,25	97,71
	mulheres >=20 anos	94,09	91,69	91,04	90,56	91,51	91,75	92,84	93,52	94,43	94,67	95,03	95,35	95,67	96,38	96,65	97,28
	raça/cor preta e parda	93,86	91,48	90,13	90,33	91,55	91,62	92,52	93,14	94,04	94,38	94,78	95,24	95,52	96,23	96,66	97,30
Piauí	adolescentes <=19 anos	93,22	90,76	90,58	91,45	92,47	93,73	94,36	94,51	95,77	96,00	96,66	96,61	95,62	96,07	95,99	96,91
	mulheres >=20 anos	92,36	90,50	90,46	91,29	92,19	93,65	93,85	94,04	95,06	95,27	95,71	94,43	92,44	96,17	96,11	96,73
	raça/cor preta e parda	92,57	89,14	87,88	89,90	92,16	93,63	94,01	94,03	95,20	94,71	95,71	94,82	93,17	95,64	95,49	96,35
Ceará	adolescentes <=19 anos	96,90	97,38	98,01	98,32	98,44	98,75	98,89	99,04	98,92	99,05	99,14	99,39	99,39	99,51	99,50	99,60
	mulheres >=20 anos	96,11	96,38	97,16	97,63	97,66	97,84	98,13	98,35	98,47	98,56	98,80	99,08	99,36	99,42	99,41	99,37
	raça/cor preta e parda	96,51	97,25	97,64	97,87	97,80	97,92	98,23	98,49	98,69	98,80	98,89	99,10	99,32	99,39	99,37	99,35
Rio Grande do Norte	adolescentes <=19 anos	90,28	90,36	92,27	94,35	94,81	95,32	94,99	96,40	97,05	98,82	98,30	97,21	97,95	96,82	96,53	96,87
	mulheres >=20 anos	90,97	90,95	92,77	95,25	95,52	95,91	96,09	97,18	97,65	98,96	98,55	97,90	98,35	97,54	97,66	97,70
	raça/cor preta e parda	88,47	88,77	91,47	93,97	94,33	94,70	94,78	96,09	96,46	98,39	97,75	97,41	98,08	97,31	97,15	97,52
Paraíba	adolescentes <=19 anos	94,13	93,53	92,85	92,61	92,68	97,00	98,67	98,72	99,28	99,41	99,55	99,50	99,58	99,60	99,28	99,23
	mulheres >=20 anos	92,73	92,11	92,09	92,20	92,69	96,48	98,32	98,40	98,92	99,11	99,26	99,37	99,28	99,43	99,27	99,14
	raça/cor preta e parda	97,87	97,30	97,53	97,94	98,36	98,49	98,45	98,26	99,06	99,25	99,41	99,52	99,46	99,56	99,38	99,39
Pernambuco	adolescentes <=19 anos	96,90	96,69	98,36	98,62	98,92	98,83	98,85	98,85	99,06	98,85	99,19	99,25	99,59	99,51	99,54	99,37
	mulheres >=20 anos	95,97	95,60	97,65	97,96	98,39	98,29	98,50	98,73	98,71	98,76	98,96	99,19	99,48	99,45	99,34	99,35
	raça/cor preta e parda	95,95	95,73	97,96	98,07	98,67	98,53	98,73	98,77	98,74	98,68	98,96	99,18	99,47	99,48	99,44	99,39
Alagoas	adolescentes <=19 anos	96,66	95,74	97,28	97,66	97,98	98,03	96,78	96,80	97,95	98,83	99,08	99,01	98,40	99,46	99,54	99,61
	mulheres >=20 anos	94,67	92,85	94,90	95,68	96,13	96,31	95,23	95,56	96,95	98,18	98,41	98,66	98,48	99,07	99,15	99,31
	raça/cor preta e parda	95,82	94,52	96,11	96,96	97,40	97,04	95,69	95,66	97,31	98,59	98,73	98,85	98,58	99,25	99,25	99,42
Sergipe	adolescentes <=19 anos	90,47	91,00	90,73	91,74	92,30	93,47	96,35	99,02	99,16	99,05	98,98	98,92	99,30	99,34	99,31	99,25
	mulheres >=20 anos	87,87	88,04	89,18	89,61	90,38	91,59	95,32	98,46	98,45	98,54	98,42	98,79	98,92	98,92	99,03	99,01
	raça/cor preta e parda	84,55	86,68	87,24	87,64	86,86	85,14	94,37	98,75	98,82	98,72	98,35	98,87	99,03	99,02	99,08	99,07
Bahia	adolescentes <=19 anos	91,50	91,54	91,94	92,37	92,86	94,20	93,93	95,44	94,94	95,47	95,85	96,38	96,82	97,25	97,23	97,03
	mulheres >=20 anos	89,64	90,20	90,51	91,44	91,83	93,29	93,19	94,57	94,52	95,08	95,37	95,55	96,21	96,44	96,32	96,13
	raça/cor preta e parda	93,34	93,36	92,58	93,00	93,52	94,39	94,28	95,19	94,74	95,24	95,66	95,92	96,39	96,78	96,65	96,71

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO SUDESTE	adolescentes <=19 anos	98,96	99,13	99,29	99,09	99,03	99,15	99,15	99,01	99,12	99,19	99,32	99,11	98,90	99,49	99,53	99,28
	mulheres >=20 anos	98,70	98,99	99,22	99,00	98,95	99,07	99,07	98,97	99,15	99,12	99,26	99,15	99,02	99,43	99,41	99,24
	raça/cor preta e parda	98,56	98,65	98,84	98,67	98,63	98,69	98,78	98,54	98,80	98,88	99,04	98,97	98,91	99,36	99,36	99,20
Minas Gerais	adolescentes <=19 anos	99,09	99,12	99,19	99,12	99,15	99,12	99,30	99,28	99,37	99,35	99,50	99,31	99,13	99,51	99,50	99,45
	mulheres >=20 anos	98,88	98,81	99,11	99,01	99,08	99,06	99,13	99,19	99,30	99,16	99,49	99,35	99,28	99,42	99,46	99,46
	raça/cor preta e parda	98,84	98,74	98,98	98,77	98,72	98,79	99,00	99,00	99,19	99,25	99,38	99,39	99,04	99,35	99,39	99,35
Espírito Santo	adolescentes <=19 anos	99,21	99,16	97,25	96,87	96,82	96,47	95,85	95,59	95,02	95,55	95,71	97,21	99,21	99,68	99,73	99,70
	mulheres >=20 anos	99,27	99,12	97,93	97,59	97,50	96,98	96,92	96,51	96,59	96,65	97,08	97,98	99,27	99,72	99,71	99,69
	raça/cor preta e parda	99,12	99,08	96,86	95,58	95,62	95,46	94,90	94,38	94,56	95,08	95,63	97,37	99,08	99,70	99,70	99,70
Rio de Janeiro	adolescentes <=19 anos	98,12	98,13	99,26	99,44	99,37	98,75	99,14	98,53	99,08	99,10	99,23	99,35	99,40	99,37	99,45	99,42
	mulheres >=20 anos	98,07	98,16	99,06	98,81	98,55	98,18	98,41	97,93	98,53	98,51	98,54	98,93	99,20	99,21	99,14	99,18
	raça/cor preta e parda	97,68	97,87	98,97	99,27	99,16	98,78	99,00	98,38	98,93	98,98	99,13	99,06	99,18	99,19	99,17	99,20
São Paulo	adolescentes <=19 anos	99,22	99,55	99,56	99,15	99,05	99,59	99,43	99,43	99,44	99,52	99,65	99,10	98,53	99,52	99,55	99,09
	mulheres >=20 anos	98,82	99,37	99,43	99,18	99,16	99,56	99,46	99,44	99,51	99,53	99,59	99,24	98,83	99,49	99,46	99,14
	raça/cor preta e parda	99,05	99,25	99,13	98,69	98,70	99,32	99,24	99,20	99,29	99,32	99,41	98,87	98,64	99,41	99,40	99,02
REGIÃO SUL	adolescentes <=19 anos	99,30	99,37	99,42	99,32	99,39	99,44	99,40	99,28	99,25	99,11	99,48	99,49	99,46	99,54	99,54	99,41
	mulheres >=20 anos	98,93	98,94	98,95	98,88	98,95	98,91	99,35	99,27	99,30	99,25	99,47	99,47	99,50	99,53	99,55	99,48
	raça/cor preta e parda	98,50	98,66	98,75	98,72	98,71	98,72	98,41	98,59	98,56	98,89	98,90	98,97	99,32	99,42	99,45	99,37
Paraná	adolescentes <=19 anos	99,15	99,17	99,15	99,07	99,15	99,29	99,07	98,89	98,88	98,55	99,32	99,32	99,14	99,28	99,23	99,13
	mulheres >=20 anos	98,77	98,83	98,85	99,03	99,15	99,19	99,03	99,02	98,98	98,86	99,39	99,35	99,25	99,28	99,34	99,22
	raça/cor preta e parda	98,34	98,64	98,54	98,51	98,30	98,32	97,07	97,78	97,95	98,33	98,63	98,42	99,31	99,46	99,43	99,36
Santa Catarina	adolescentes <=19 anos	99,38	99,44	99,53	99,36	99,30	99,23	99,55	99,49	99,40	99,48	99,52	99,49	99,66	99,76	99,76	99,56
	mulheres >=20 anos	98,73	98,50	98,28	97,55	97,50	97,17	99,43	99,30	99,32	99,39	99,42	99,37	99,57	99,67	99,63	99,56
	raça/cor preta e parda	98,61	98,92	99,11	98,28	98,49	98,62	99,12	98,83	98,90	99,17	99,32	99,21	99,35	99,43	99,50	99,29
Rio Grande do Sul	adolescentes <=19 anos	99,43	99,57	99,67	99,59	99,71	99,74	99,73	99,63	99,63	99,62	99,66	99,73	99,73	99,74	99,79	99,68
	mulheres >=20 anos	99,20	99,28	99,42	99,47	99,55	99,62	99,64	99,53	99,63	99,58	99,59	99,67	99,72	99,70	99,73	99,71
	raça/cor preta e parda	98,55	98,62	98,79	98,94	99,01	99,00	99,11	99,10	98,92	99,24	99,02	99,20	99,31	99,36	99,46	99,43

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO	adolescentes <=19 anos	99,37	99,44	99,40	99,47	99,40	99,46	99,38	99,46	99,25	99,37	99,34	99,27	99,20	99,16	99,25	99,37
CENTRO-OESTE	mulheres >=20 anos	99,36	99,37	99,33	99,51	99,31	99,41	99,30	99,34	99,28	99,35	99,25	99,18	99,18	99,09	99,15	99,26
	raça/cor preta e parda	99,19	99,42	99,28	99,37	99,31	99,36	99,28	99,47	99,34	99,43	99,36	99,23	99,23	99,22	99,25	99,36
Mato Grosso do Sul	adolescentes <=19 anos	99,36	99,04	99,30	99,69	98,98	98,95	99,45	99,11	98,84	99,05	98,87	99,03	99,11	98,98	99,26	99,37
	mulheres >=20 anos	98,96	98,51	98,48	99,35	98,19	98,30	99,12	98,58	98,47	98,55	98,19	98,35	98,51	98,55	98,83	99,24
	raça/cor preta e parda	99,15	99,28	98,87	99,31	99,03	98,89	99,03	99,30	99,12	99,20	99,03	98,73	98,65	98,83	98,90	99,21
Mato Grosso	adolescentes <=19 anos	98,64	99,11	98,61	98,56	98,99	99,27	98,86	99,18	98,55	98,83	99,00	99,00	99,02	99,01	99,12	99,29
	mulheres >=20 anos	98,75	99,07	98,68	98,82	99,00	99,38	98,67	98,98	98,69	98,88	98,93	99,09	99,21	99,16	99,21	99,31
	raça/cor preta e parda	98,64	99,09	98,80	98,93	99,10	99,33	98,96	99,30	98,86	99,07	99,16	99,10	99,20	99,18	99,21	99,31
Goiás	adolescentes <=19 anos	99,59	99,63	99,71	99,77	99,71	99,68	99,53	99,69	99,66	99,70	99,75	99,62	99,52	99,60	99,58	99,66
	mulheres >=20 anos	99,56	99,59	99,68	99,72	99,67	99,65	99,48	99,60	99,63	99,68	99,71	99,56	99,49	99,50	99,53	99,59
	raça/cor preta e parda	99,31	99,49	99,49	99,54	99,37	99,35	99,38	99,47	99,53	99,58	99,57	99,51	99,46	99,46	99,49	99,56
Distrito Federal	adolescentes <=19 anos	99,88	99,89	99,90	99,90	99,84	99,89	99,77	99,75	99,89	99,80	99,43	99,09	98,71	98,35	98,46	98,63
	mulheres >=20 anos	99,84	99,87	99,89	99,86	99,84	99,84	99,69	99,79	99,87	99,84	99,53	99,23	99,09	98,63	98,57	98,52
	raça/cor preta e parda	99,76	99,82	99,83	99,81	99,77	99,81	99,68	99,76	99,90	99,82	99,49	99,28	99,28	99,08	99,06	99,08
População indígena	adolescentes <=19 anos	85,37	80,94	85,36	79,06	76,86	75,01	71,32	69,62	69,60	71,65	72,40	74,01	72,34	72,62	73,67	73,54
	mulheres >=20 anos	82,02	75,18	80,07	74,82	71,10	67,70	62,09	61,03	60,31	62,66	64,19	67,90	66,57	68,50	68,71	70,77
Total	adolescentes <=19 anos	96,56	96,29	96,55	96,32	96,51	96,88	97,03	97,20	97,40	97,65	97,89	97,93	97,96	98,29	98,25	98,20
	mulheres >=20 anos	96,51	96,33	96,72	96,66	96,82	97,12	97,31	97,49	97,71	97,90	98,11	98,12	98,17	98,49	98,46	98,47
	raça/cor preta e parda	95,38	95,04	95,28	95,20	95,51	95,79	96,09	96,42	96,79	97,15	97,43	97,66	97,92	98,29	98,25	98,32
Total Brasil		96,51	96,33	96,72	96,66	96,82	97,12	97,31	97,49	97,71	97,90	98,11	98,12	98,17	98,49	98,46262	98,46711

Tabela 5: Proporção de nascimentos por cesárea segundo grupos da classificação de Robson. Brasil, 2015.*

UF/Região	GR-01	GR-02	GR-03	GR-04	GR-05	GR-06	GR-07	GR-08	GR-09	GR-10	Total
NORTE	42,1	68,2	17,4	47,0	80,6	90,1	84,6	79,0	97,9	38,5	46,2
Rondonia	60,3	92,0	27,5	78,8	90,3	89,8	88,7	83,4	94,6	53,3	66,8
Acre	35,3	31,3	10,6	12,8	73,6	91,3	93,7	76,5	95,0	25,3	39,1
Amazonas	34,7	77,8	12,6	53,8	72,1	84,2	79,5	80,3	98,4	35,4	37,2
Roraima	19,8	70,6	6,3	51,8	73,0	83,9	84,2	79,9	100,0	31,6	36,2
Para	44,1	71,5	20,9	55,9	82,8	92,0	84,6	77,2	98,3	39,1	48,9
Amapa	32,8	39,5	14,3	21,4	71,3	89,1	78,3	71,9	96,0	31,2	34,8
Tocantins	51,4	55,1	25,6	37,4	88,2	88,8	83,9	84,4	97,4	49,9	53,2
NORDESTE	45,1	62,8	21,1	44,8	85,3	83,3	78,8	74,9	97,0	42,7	49,6
Maranhao	46,2	62,7	19,4	37,7	79,2	82,4	74,1	69,6	98,0	35,5	43,3
Piaui	52,9	66,7	24,8	52,3	85,0	86,6	84,2	77,3	100,0	44,7	53,2
Ceara	45,2	72,9	21,3	63,7	90,3	85,0	78,8	80,9	97,8	48,0	56,6
R G do Norte	57,6	73,9	27,8	49,7	92,5	90,4	83,8	79,4	94,1	53,0	59,5
Paraíba	56,1	66,8	24,3	33,1	90,9	84,1	88,5	78,5	98,4	47,1	56,4
Pernambuco	42,6	70,0	22,9	55,3	83,5	86,1	81,7	74,6	96,6	44,4	52,1
Alagoas	51,4	58,4	29,2	37,6	85,9	77,2	72,1	74,1	97,6	45,7	52,7
Sergipe	42,1	43,5	17,9	21,8	85,6	84,5	78,5	73,6	96,3	37,7	41,8
Bahia	35,4	55,2	15,9	40,8	82,3	80,0	74,2	71,6	95,9	37,6	42,8
SUDESTE	46,3	68,2	18,4	42,4	86,2	91,3	86,7	85,6	96,6	55,8	59,1
Minas Gerais	42,6	67,2	16,4	40,2	89,6	89,5	85,3	79,5	95,0	51,0	56,6
Espirito Santo	63,7	65,1	30,2	37,0	88,1	90,8	82,5	84,2	89,8	59,6	63,0
Rio de Janeiro	46,8	72,5	20,4	53,5	86,6	92,4	87,5	86,3	97,1	60,8	60,7
Sao Paulo	45,2	67,4	17,0	40,4	84,6	91,9	87,4	87,8	97,5	55,7	59,3
SUL	43,5	72,0	16,3	46,3	85,2	92,5	88,8	86,1	96,7	56,7	60,5
Parana	43,9	75,4	17,4	50,9	85,4	90,8	87,5	87,2	96,9	56,9	61,4
Santa Catarina	38,1	71,8	14,2	47,6	84,3	92,1	88,3	84,8	96,8	52,9	58,3
R G do Sul	47,2	69,1	16,6	41,9	85,7	94,0	90,4	85,8	96,3	59,0	61,0
CENTRO-OESTE	52,6	73,0	23,7	49,5	86,9	90,0	86,7	87,0	97,0	52,5	61,5
M Grosso do Sul	58,5	76,9	25,0	53,5	86,7	86,1	81,0	85,2	93,4	51,7	60,6
Mato Grosso	49,5	71,8	22,3	47,5	86,2	90,6	87,7	85,0	97,9	54,9	60,3
Goiás	57,9	74,8	28,1	51,0	88,9	91,2	88,1	86,5	97,4	50,7	65,7
Distrito Federal	36,5	69,5	15,4	47,1	83,5	89,3	86,1	91,5	97,6	53,5	54,8
Total Brasil	45,6	68,2	19,5	44,3	85,4	89,3	84,7	82,6	96,9	49,8	55,5

Fonte: MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). * Dados preliminares

Tabela 6: Proporção de nascimentos prematuros segundo via de nascimento. Brasil, 2000-2010

Região/Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
REGIÃO NORTE	vaginal	6,29	5,78	5,24	4,94	4,71	4,72	4,74	4,20	4,73	4,84	5,10
	cesárea	6,39	6,41	5,88	5,78	5,97	6,03	5,74	4,99	5,63	5,84	6,13
Rondônia	vaginal	4,17	4,91	5,65	5,47	4,81	4,24	5,16	4,92	5,22	5,31	5,77
	cesárea	4,21	4,85	4,26	4,77	4,25	4,83	5,19	5,02	5,62	6,09	7,02
Acre	vaginal	5,95	4,45	4,36	4,00	2,51	3,22	4,55	4,21	4,27	3,28	4,26
	cesárea	4,34	6,31	4,02	5,53	3,95	3,59	3,78	3,95	5,63	4,33	5,67
Amazonas	vaginal	6,63	5,40	4,90	4,23	4,21	3,75	4,06	3,83	3,87	4,66	4,30
	cesárea	6,40	7,30	8,17	8,41	9,05	8,09	7,38	7,37	7,49	7,47	7,77
Roraima	vaginal	3,22	4,46	3,46	3,62	3,67	4,74	6,45	4,09	8,79	10,00	9,00
	cesárea	5,56	6,82	5,07	4,00	4,28	5,83	8,68	7,99	7,55	7,85	7,82
Pará	vaginal	7,01	6,37	5,65	5,63	5,50	5,39	5,03	4,47	5,06	4,98	5,32
	cesárea	7,47	6,50	5,81	5,37	5,66	5,70	5,22	4,09	4,98	5,15	4,89
Amapá	vaginal	3,59	5,66	5,95	3,92	4,15	6,20	4,08	2,89	3,79	2,89	4,41
	cesárea	6,75	8,03	8,38	4,19	4,50	9,18	6,13	1,68	2,94	4,39	7,35
Tocantins	vaginal	7,00	5,94	4,47	4,55	3,99	4,23	4,71	4,08	4,39	4,67	5,48
	cesárea	6,55	5,99	4,49	5,24	5,29	4,99	5,15	4,65	4,92	5,73	6,55
REGIÃO NORDESTE	vaginal	6,27	5,52	5,12	4,96	5,11	5,20	5,14	4,96	5,32	5,44	5,64
	cesárea	6,15	5,82	6,01	5,92	6,47	6,48	6,52	6,14	6,43	6,30	6,46
Maranhão	vaginal	8,73	7,24	6,38	5,80	5,42	5,65	4,19	3,83	4,01	4,85	4,84
	cesárea	7,46	6,12	6,03	5,88	6,23	6,39	4,31	3,91	4,35	5,05	4,79
Piauí	vaginal	5,48	4,77	4,09	4,67	4,39	4,64	4,47	4,10	4,70	4,74	4,39
	cesárea	3,62	3,74	3,54	4,15	5,45	5,36	4,46	4,30	4,86	5,68	5,17
Ceará	vaginal	5,36	5,07	4,74	4,62	4,66	5,08	5,16	4,81	5,27	5,32	6,01
	cesárea	5,08	5,53	5,29	5,80	6,07	6,05	6,44	6,02	6,50	6,31	6,61
Rio Grande do Norte	vaginal	4,63	5,18	4,82	4,83	5,08	4,99	5,22	5,25	5,52	5,90	6,34
	cesárea	6,20	7,14	6,67	7,15	6,90	6,64	6,96	6,47	7,16	6,89	6,57
Paraíba	vaginal	8,68	6,64	5,39	5,19	7,71	8,66	10,14	10,65	11,10	10,02	9,56
	cesárea	7,28	5,85	5,58	5,37	7,44	8,57	10,00	9,45	9,82	8,66	9,24
Pernambuco	vaginal	4,68	4,35	4,51	4,29	4,71	4,76	4,81	4,85	5,21	5,37	5,99
	cesárea	6,19	6,15	6,81	6,17	6,52	6,49	6,61	6,55	6,45	6,22	6,29
Alagoas	vaginal	4,62	3,85	3,67	3,44	3,26	3,55	4,31	4,27	4,31	3,92	4,43
	cesárea	5,63	4,68	5,67	5,06	5,01	5,96	5,49	5,17	4,70	4,26	5,13
Sergipe	vaginal	5,76	4,78	4,96	5,34	5,36	5,68	5,41	5,10	6,02	5,62	5,66
	cesárea	5,31	5,19	5,43	6,31	7,69	7,69	8,13	6,60	7,49	7,96	7,93
Bahia	vaginal	7,35	6,33	5,68	5,39	5,38	4,92	5,04	4,83	5,09	5,23	5,25
	cesárea	7,02	6,30	6,79	6,46	6,94	6,34	6,98	6,54	6,75	6,58	6,86

Região/Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
REGIÃO SUDESTE	vaginal	7,02	6,66	6,54	6,68	6,83	6,80	6,93	7,10	7,21	7,37	7,60
	cesárea	7,16	7,07	7,28	7,62	7,90	8,01	8,09	8,25	8,52	8,75	8,59
Minas Gerais	vaginal	6,84	6,11	6,19	6,25	6,36	6,29	6,40	6,85	6,83	6,75	7,14
	cesárea	7,48	7,09	7,30	7,37	7,78	7,79	7,97	8,18	8,25	8,37	7,95
Espírito Santo	vaginal	4,94	4,33	4,58	4,59	4,22	4,44	4,98	5,41	5,22	5,51	5,44
	cesárea	5,96	6,06	5,89	5,85	5,99	6,39	6,56	6,70	6,83	7,17	6,96
Rio de Janeiro	vaginal	7,27	7,04	6,89	7,15	7,23	6,98	6,99	7,03	6,95	7,16	7,21
	cesárea	7,02	6,87	7,25	7,94	8,24	8,01	8,25	8,60	8,76	8,66	8,44
São Paulo	vaginal	7,21	7,05	6,80	6,93	7,18	7,22	7,36	7,41	7,67	7,91	8,13
	cesárea	7,19	7,23	7,40	7,73	7,98	8,22	8,21	8,28	8,69	9,06	9,05
REGIÃO SUL	vaginal	6,64	6,21	6,27	6,53	6,42	6,37	6,55	6,54	6,77	6,58	6,89
	cesárea	7,72	7,48	7,69	8,05	8,18	8,28	8,60	8,78	8,95	8,85	9,01
Paraná	vaginal	6,83	6,26	6,12	6,15	5,97	5,57	5,89	5,89	6,14	5,96	6,20
	cesárea	6,91	6,54	6,69	6,92	7,09	6,85	7,20	7,51	7,50	7,92	8,10
Santa Catarina	vaginal	5,95	5,35	5,39	5,71	5,77	6,02	6,31	6,11	6,72	6,41	6,48
	cesárea	6,79	6,82	6,92	7,48	7,37	8,03	8,25	8,49	8,59	8,08	8,05
Rio Grande do Sul	vaginal	6,82	6,62	6,91	7,35	7,24	7,41	7,37	7,50	7,47	7,36	7,93
	cesárea	9,10	8,88	9,22	9,63	9,82	10,02	10,38	10,41	10,85	10,38	10,65
REGIÃO CENTRO OESTE	vaginal	5,98	6,80	6,87	6,35	5,85	6,18	6,03	6,29	6,26	7,21	6,40
	cesárea	6,12	6,49	7,42	7,11	7,12	7,06	6,58	6,68	6,85	7,03	7,05
Mato Grosso do Sul	vaginal	5,99	7,63	8,57	7,51	6,91	6,14	8,08	6,82	7,18	6,42	6,08
	cesárea	5,73	7,70	10,08	9,61	10,16	8,24	8,62	6,75	6,99	7,02	6,61
Mato Grosso	vaginal	6,03	5,35	5,03	4,83	4,91	5,15	5,72	5,92	5,90	5,36	6,63
	cesárea	5,55	5,09	5,47	5,43	6,04	6,32	6,14	6,83	6,60	6,36	7,75
Goiás	vaginal	6,15	6,06	5,88	5,52	5,40	5,58	5,36	6,40	6,20	6,80	6,79
	cesárea	5,51	5,44	5,77	5,16	4,97	5,08	4,99	5,75	5,82	5,82	5,88
Distrito Federal	vaginal	5,61	8,84	9,19	8,56	6,82	8,49	5,84	6,03	5,93	10,53	5,82
	cesárea	8,48	9,25	10,73	10,76	9,99	11,05	8,48	8,34	9,24	10,58	9,38
TOTAL	vaginal	6,56	6,10	5,87	5,80	5,84	5,86	5,90	5,84	6,09	6,26	6,44
	cesárea	6,92	6,78	6,99	7,13	7,42	7,47	7,49	7,42	7,68	7,76	7,78
TOTAL BRASIL		6,68	6,34	6,29	6,33	6,49	6,56	6,61	6,58	6,86	7,01	7,14

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

Nota: Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

Tabela 7a: Razão de mortalidade materna bruta . Brasil, 2000-2015

Região/Unidade da Federação	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Região Norte	62,2	49,8	53,2	57,2	52,7	57,5	58,9	64,9	58,5	67,4	62,8	62,6	62,8	74,3	78,9	66,9
Rondônia	28,7	35,4	37,5	34,6	20,6	53,3	60,2	43,5	44,8	65,2	61,9	54,3	64,1	66,3	79,7	50,2
Acre	52,2	13,3	37,5	43,2	29,6	44,9	29,9	48,3	32,5	40,2	35,3	32,7	51,8	56,4	44,8	56,6
Amazonas	90,2	49,9	60,9	73,6	68,9	53,3	63,7	76,6	54,9	88,9	94,9	68,6	65,2	63,7	96,8	65,4
Roraima	61,9	52,2	56,1	39,7	10,3	52,2	93,8	125,2	89,2	103,3	10,3	60,4	37,2	55,6	45,0	96,4
Pará	57,6	54,5	52,5	57,7	58,4	59,4	59,0	60,3	60,0	57,8	56,0	60,5	69,0	87,2	82,7	67,1
Amapá	35,8	54,0	61,6	26,3	35,1	62,0	59,2	53,7	50,5	26,3	18,8	37,2	37,7	83,1	45,5	76,0
Tocantins	72,0	59,0	57,0	68,4	54,4	71,7	49,8	71,7	85,5	88,8	73,9	105,5	54,4	59,1	61,3	77,2
Região Nordeste	57,7	57,4	61,4	63,0	63,7	67,0	63,6	63,6	69,6	72,9	71,1	69,0	65,5	75,1	71,3	68,5
Maranhão	81,2	87,5	93,1	72,3	78,3	92,9	85,5	99,5	96,3	85,8	105,0	88,6	73,7	98,3	80,7	101,0
Piauí	71,9	77,4	81,2	59,4	76,8	94,3	77,8	69,9	112,0	82,2	90,4	85,1	95,1	89,8	65,4	79,3
Ceará	72,3	67,8	65,0	68,6	78,6	82,0	67,4	62,7	50,0	66,2	70,6	68,4	69,4	74,4	65,2	49,0
Rio Grande do Norte	37,1	26,1	30,0	66,7	35,3	53,4	24,8	28,9	43,8	50,6	33,2	67,7	65,2	46,5	74,0	60,6
Paraíba	25,9	29,2	40,7	48,7	35,7	26,8	32,1	34,4	42,9	56,2	50,3	53,6	47,9	70,6	54,2	64,6
Pernambuco	50,9	48,7	45,2	52,8	52,0	46,0	61,5	65,8	66,8	61,4	55,0	55,4	50,9	63,5	62,7	67,0
Alagoas	51,3	25,7	41,2	39,1	50,5	54,1	50,0	44,9	47,6	35,2	60,6	52,7	46,6	60,2	106,1	57,9
Sergipe	82,0	62,8	73,6	60,5	62,0	50,2	36,9	35,2	63,4	99,3	65,2	79,7	67,0	64,0	63,8	49,7
Bahia	50,3	60,9	65,5	71,6	68,4	70,4	71,3	65,7	77,2	89,7	76,2	70,2	71,0	80,8	74,0	70,0
Região Sudeste	48,3	44,3	46,3	42,2	44,2	40,7	46,5	48,1	46,7	62,1	53,7	47,2	45,9	49,6	51,5	52,7
Minas Gerais	44,1	33,9	38,3	39,3	40,7	32,2	32,8	36,8	40,0	43,3	46,8	36,7	33,8	47,7	49,2	46,7
Espírito Santo	44,7	24,8	43,9	37,7	66,0	53,5	64,2	41,3	54,2	85,8	65,9	60,5	64,6	48,4	89,0	63,8
Rio de Janeiro	75,9	71,3	73,9	67,9	69,1	63,1	75,0	79,2	69,4	93,6	83,6	74,3	80,7	80,3	71,0	67,1
São Paulo	40,0	40,6	39,8	34,1	34,6	35,4	40,7	42,2	40,8	56,5	45,0	40,7	36,7	39,2	41,9	48,9
Região Sul	53,4	52,7	57,4	51,6	59,0	55,1	56,7	52,9	54,4	54,9	52,2	44,4	48,0	34,9	37,6	40,9
Paraná	68,5	65,1	57,5	42,6	69,5	66,2	61,9	59,6	58,3	71,7	59,2	51,7	38,3	41,8	41,4	51,7
Santa Catarina	36,9	42,1	44,3	52,9	43,4	33,2	42,9	41,6	37,6	22,8	28,4	25,2	36,2	29,0	25,7	30,8
Rio Grande do Sul	47,0	45,5	64,4	60,4	56,9	55,7	59,3	52,4	60,6	56,0	59,2	48,6	66,1	31,1	41,1	35,7
Região Centro-Oeste	39,0	54,0	60,6	53,5	61,8	54,4	57,3	45,0	65,1	61,8	59,8	52,5	57,3	56,7	54,2	59,4
Mato Grosso do Sul	37,2	82,6	87,7	79,3	84,6	70,5	84,0	57,3	82,8	90,0	75,4	69,4	69,3	52,5	59,6	71,0
Mato Grosso	66,8	44,1	56,6	49,4	66,5	86,0	70,8	61,3	84,4	72,3	71,7	66,4	58,7	71,8	63,8	75,9
Goiás	30,5	64,8	71,0	67,9	64,9	40,2	48,9	38,2	55,2	52,9	61,0	47,5	66,6	59,6	59,1	65,0
Distrito Federal	29,3	25,3	28,8	17,8	36,0	34,0	37,9	31,6	48,0	44,2	36,2	34,0	33,7	41,7	34,0	26,8
Total	52,3	50,6	54,1	52,1	54,2	53,4	55,1	55,0	57,3	65,0	60,1	55,3	54,5	58,1	58,4	57,6

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Nota: Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

Tabela 7b: Razão de mortalidade materna bruta e corrigida . Brasil, 2000-2015

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RMM Corrigida	73,3	70,9	75,9	73,0	76,1	74,7	77,2	77,0	68,1	73,9	67,9	61,6	57,7	60,9	63,8	62,0
RMM Direta	52,3	50,6	54,1	52,1	54,2	53,4	55,1	55,0	57,3	65,0	60,1	55,3	54,5	58,1	58,4	57,6

Fonte: Fonte: MS/SVS/CGIAE. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Vigilância de Óbitos.

Tabela 8. Coeficiente de mortalidade infantil segundo características da mulher. Brasil, 2000-2015

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORTE	adolescentes <=19 anos	18,64	19,02	19,06	18,82	18,21	19,08	17,07	15,98	16,50	16,20	15,79	15,55	14,93	14,81	15,26
	mulheres >=20 anos	28,06	22,53	22,05	21,01	19,67	18,97	18,59	17,59	17,54	16,96	15,80	15,85	15,79	15,06	14,27
	raça/cor preta e parda	17,23	17,04	17,20	16,64	15,85	16,11	15,48	14,65	14,84	14,27	12,95	12,65	12,34	11,96	12,01
Rondônia	adolescentes <=19 anos	7,39	11,51	9,94	11,74	11,23	12,17	12,27	10,23	8,75	10,70	8,84	12,23	11,18	12,45	15,59
	mulheres >=20 anos	30,19	25,33	25,80	22,79	21,18	21,60	21,91	18,03	19,97	20,29	14,34	14,11	14,53	14,27	13,86
	raça/cor preta e parda	12,99	12,65	14,25	12,68	13,27	15,68	13,55	10,25	13,37	13,83	9,36	8,98	9,56	8,97	11,03
Acre	adolescentes <=19 anos	18,70	14,14	13,82	13,16	13,71	17,52	20,00	15,46	14,97	12,83	9,06	13,86	12,18	14,51	15,56
	mulheres >=20 anos	36,57	24,35	23,02	23,00	23,10	20,57	21,66	18,06	18,06	18,19	14,15	15,33	16,50	16,25	15,72
	raça/cor preta e parda	17,19	10,08	10,17	10,07	11,51	13,09	14,41	10,64	11,61	11,29	7,59	9,91	9,91	11,43	12,70
Amazonas	adolescentes <=19 anos	23,55	20,46	19,79	17,14	17,45	18,06	16,42	16,28	16,10	16,94	18,12	16,21	16,48	14,48	16,10
	mulheres >=20 anos	28,86	22,77	21,05	18,16	17,87	16,85	16,16	15,49	14,92	14,15	13,37	14,44	15,03	14,45	13,42
	raça/cor preta e parda	23,74	17,44	17,07	14,99	15,04	14,55	13,84	14,12	13,70	13,18	11,75	11,84	11,75	11,63	11,71
Roraima	adolescentes <=19 anos	19,15	11,29	14,15	13,34	17,35	17,03	15,00	16,63	13,34	8,22	12,45	15,38	11,56	12,66	14,26
	mulheres >=20 anos	24,51	11,10	12,60	15,35	14,41	14,49	14,56	12,98	12,74	12,72	10,96	12,45	12,07	16,19	12,86
	raça/cor preta e parda	13,78	9,81	11,18	10,83	10,82	13,52	13,69	13,41	10,68	8,87	7,84	7,53	6,09	9,81	6,35
Pará	adolescentes <=19 anos	18,79	20,69	21,70	22,25	21,08	21,09	18,14	17,12	18,55	17,63	16,84	16,01	14,97	15,31	14,99
	mulheres >=20 anos	27,62	22,44	22,49	22,08	20,32	19,52	18,87	18,28	18,06	17,66	17,35	17,02	16,62	15,62	14,78
	raça/cor preta e parda	15,12	18,51	18,83	18,87	17,48	17,19	16,52	16,14	16,04	15,69	15,01	14,36	14,06	13,15	13,02
Amapá	adolescentes <=19 anos	16,91	19,76	21,52	18,89	15,78	17,11	12,79	15,01	16,28	16,53	19,69	18,57	22,04	18,61	18,46
	mulheres >=20 anos	24,01	25,48	20,44	23,81	22,04	23,41	23,54	25,05	24,28	20,01	20,30	20,61	19,05	17,75	15,24
	raça/cor preta e parda	13,63	20,05	19,44	18,85	19,12	18,00	17,03	16,26	17,75	12,18	13,90	14,04	12,68	13,19	12,83
Tocantins	adolescentes <=19 anos	20,09	19,48	15,14	16,40	14,74	18,47	17,31	14,16	14,51	14,97	12,44	12,94	11,36	13,19	11,64
	mulheres >=20 anos	23,58	20,12	21,62	19,84	17,57	17,05	17,12	15,72	16,92	16,24	15,69	14,14	13,54	11,82	13,34
	raça/cor preta e parda	18,56	16,45	15,60	16,26	13,08	15,37	14,78	11,99	13,30	14,35	12,03	10,63	9,89	8,86	8,91

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORDESTE	adolescentes <=19 anos	14,68	15,77	15,86	15,83	16,41	16,88	16,12	15,41	15,74	14,70	14,10	14,80	14,89	14,01	14,11
	mulheres >=20 anos	30,86	26,76	25,92	23,28	21,73	19,99	19,04	17,61	17,35	15,95	15,61	15,09	15,65	14,63	13,91
	raça/cor preta e parda	15,37	15,55	16,10	15,02	14,58	15,13	14,45	13,83	13,91	12,72	11,54	11,71	12,20	11,70	11,62
Maranhão	adolescentes <=19 anos	15,01	16,15	15,26	14,17	15,79	16,13	15,40	14,96	15,71	15,33	14,04	14,03	15,02	15,28	14,90
	mulheres >=20 anos	20,71	22,53	21,24	18,91	20,15	17,93	17,33	16,83	16,57	15,46	16,41	14,68	16,83	15,15	15,07
	raça/cor preta e parda	14,55	18,20	15,93	14,20	15,31	14,10	13,97	13,52	13,98	13,10	12,99	12,40	13,83	12,68	12,51
Piauí	adolescentes <=19 anos	17,38	18,41	17,49	16,47	15,79	18,94	17,69	20,04	20,04	15,13	16,37	16,72	16,98	16,97	14,34
	mulheres >=20 anos	25,27	23,90	23,86	20,99	21,02	19,84	20,60	17,94	17,28	17,34	17,03	16,58	16,25	15,05	14,96
	raça/cor preta e parda	14,37	10,75	9,73	9,38	9,89	14,91	14,86	14,11	16,32	14,26	14,06	14,09	13,74	13,48	13,14
Ceará	adolescentes <=19 anos	12,53	15,66	15,25	14,33	12,52	14,83	15,03	15,15	13,99	11,54	12,18	12,66	13,13	11,74	12,33
	mulheres >=20 anos	31,01	26,87	28,10	24,99	20,09	19,02	16,39	15,87	15,94	13,53	13,99	12,69	14,01	12,46	12,00
	raça/cor preta e parda	11,52	12,91	11,82	11,01	10,46	13,23	11,40	11,22	10,48	8,98	8,79	8,90	9,94	8,88	9,25
Rio Grande do Norte	adolescentes <=19 anos	11,92	14,67	11,46	12,86	10,01	11,52	11,59	12,31	11,48	12,06	10,61	11,12	14,31	11,59	13,82
	mulheres >=20 anos	24,68	23,38	19,44	20,40	18,31	15,43	17,01	15,21	14,41	13,70	14,01	14,79	14,46	13,15	13,84
	raça/cor preta e parda	8,64	3,72	4,74	5,95	7,66	7,71	9,91	9,17	8,91	9,14	7,73	8,69	8,72	8,46	8,74
Paraíba	adolescentes <=19 anos	8,66	8,59	11,53	11,64	12,04	12,99	12,87	12,54	11,06	10,97	13,04	13,44	13,34	11,94	11,50
	mulheres >=20 anos	40,30	27,53	25,34	23,96	20,93	19,48	19,82	17,57	16,24	15,36	14,79	14,80	14,89	13,90	11,66
	raça/cor preta e parda	16,40	15,37	21,33	22,86	17,47	15,74	17,85	14,64	13,69	12,29	11,12	11,50	11,31	10,93	9,70
Pernambuco	adolescentes <=19 anos	22,90	22,50	23,11	20,75	22,17	19,67	18,75	17,02	17,52	15,40	14,42	15,58	14,96	13,70	13,71
	mulheres >=20 anos	32,42	27,00	27,25	23,39	21,36	18,42	18,73	16,98	17,06	15,21	13,93	13,83	13,92	12,97	12,87
	raça/cor preta e parda	21,25	21,49	23,62	22,24	20,03	18,64	18,23	16,77	16,88	14,56	11,91	12,76	12,54	11,53	11,82
Alagoas	adolescentes <=19 anos	12,51	16,49	15,95	15,76	18,44	16,37	15,89	15,27	12,79	14,16	12,10	12,69	11,90	11,60	12,83
	mulheres >=20 anos	37,43	35,09	31,26	27,23	26,12	23,24	23,39	19,64	21,23	17,84	16,93	16,03	17,86	16,64	15,20
	raça/cor preta e parda	17,18	15,75	17,27	15,78	13,35	14,87	14,71	14,78	15,05	12,99	11,34	11,38	12,68	11,06	11,38
Sergipe	adolescentes <=19 anos	14,37	18,97	17,84	19,33	21,00	18,67	15,76	15,15	15,65	15,57	15,55	17,19	16,84	17,65	15,75
	mulheres >=20 anos	33,04	31,74	28,52	24,61	24,85	21,78	19,18	18,40	16,92	14,85	16,29	15,94	14,65	15,34	14,84
	raça/cor preta e parda	8,78	17,52	13,86	15,21	21,18	14,08	11,87	12,73	12,94	10,59	10,29	10,64	12,61	13,37	12,99
Bahia	adolescentes <=19 anos	12,24	12,18	13,60	15,81	16,89	18,27	17,06	15,17	17,58	17,13	15,86	16,99	16,53	15,28	15,81
	mulheres >=20 anos	31,96	26,61	26,29	24,11	23,33	22,82	20,55	19,33	18,92	18,23	17,11	17,04	17,21	16,74	15,22
	raça/cor preta e parda	15,90	15,46	16,93	15,17	15,01	16,22	14,60	14,25	14,19	14,00	12,49	12,64	12,76	13,18	12,88

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO SUDESTE	adolescentes <=19 anos	13,27	12,22	12,15	12,41	12,54	12,98	12,32	13,34	12,99	13,28	13,29	12,96	13,46	12,80	12,09
	mulheres >=20 anos	20,06	17,51	17,25	16,32	15,28	14,86	14,16	13,53	13,21	12,41	12,22	12,11	11,70	11,47	11,18
	raça/cor preta e parda	16,87	14,53	14,71	13,95	13,17	13,43	13,18	13,00	12,72	11,96	10,77	9,20	8,98	8,30	8,47
Minas Gerais	adolescentes <=19 anos	12,10	11,32	11,63	12,85	14,24	14,04	13,42	12,93	11,99	12,65	12,17	12,27	12,89	11,24	12,17
	mulheres >=20 anos	23,08	19,62	18,95	17,78	17,05	16,85	15,17	15,04	14,35	13,10	13,20	12,80	12,00	11,31	11,28
	raça/cor preta e parda	16,49	14,69	14,76	13,92	13,54	14,53	13,71	13,67	13,15	12,22	11,34	10,57	10,04	8,94	9,19
Espírito Santo	adolescentes <=19 anos	11,03	11,92	10,27	8,90	13,63	10,23	10,99	14,85	10,46	11,71	12,15	10,30	10,28	11,13	11,35
	mulheres >=20 anos	21,20	17,30	18,04	16,68	16,18	16,72	14,66	14,42	12,36	11,89	11,81	11,66	11,22	11,35	11,42
	raça/cor preta e parda	7,75	5,26	4,94	5,52	7,39	11,31	9,72	12,57	9,69	9,85	8,31	8,60	8,40	7,86	7,69
Rio de Janeiro	adolescentes <=19 anos	19,55	18,04	17,65	18,64	16,66	15,34	14,97	14,12	14,55	15,32	15,49	14,40	14,93	14,79	13,81
	mulheres >=20 anos	19,82	17,96	17,70	16,93	15,87	15,27	14,72	14,44	14,38	13,65	13,53	13,67	12,72	12,27	12,30
	raça/cor preta e parda	17,89	16,25	16,50	14,62	13,98	14,22	14,54	13,90	14,73	14,56	13,00	11,97	11,51	10,87	10,90
São Paulo	adolescentes <=19 anos	11,46	10,30	10,27	9,96	9,91	11,77	10,78	13,06	13,05	12,86	12,97	12,91	13,41	12,80	11,33
	mulheres >=20 anos	18,76	16,42	16,23	15,42	14,23	13,71	13,50	12,51	12,40	11,75	11,39	11,32	11,25	11,25	10,72
	raça/cor preta e parda	18,95	15,38	15,20	15,28	13,50	12,12	12,29	11,70	11,40	10,19	9,17	6,80	6,97	6,49	6,74
REGIÃO SUL	adolescentes <=19 anos	15,50	16,69	16,27	17,36	16,81	15,79	14,91	14,94	13,87	14,96	14,48	13,38	12,48	12,23	11,33
	mulheres >=20 anos	17,44	15,88	15,56	14,34	13,01	12,70	12,44	12,08	11,37	10,63	10,99	10,60	10,28	10,44	10,17
	raça/cor preta e parda	17,55	17,92	18,03	15,77	13,71	15,70	14,51	13,11	11,77	11,32	9,77	5,78	5,25	5,82	5,96
Paraná	adolescentes <=19 anos	19,57	20,73	19,66	18,87	19,32	16,73	17,18	15,49	15,48	15,70	14,35	14,66	12,73	13,15	12,49
	mulheres >=20 anos	19,54	15,75	15,63	14,65	13,28	13,19	12,19	12,45	11,67	11,19	10,97	10,96	10,53	10,77	10,53
	raça/cor preta e parda	20,70	19,11	19,57	16,92	14,90	18,01	15,07	13,94	12,68	11,34	12,61	4,98	4,89	5,49	4,65
Santa Catarina	adolescentes <=19 anos	12,44	12,55	12,41	11,94	9,65	11,06	10,93	12,11	10,96	13,22	15,20	10,96	13,53	10,97	9,57
	mulheres >=20 anos	16,58	15,94	14,52	14,01	13,24	12,83	13,08	11,57	11,35	9,96	11,15	10,52	9,84	9,95	9,93
	raça/cor preta e parda	18,07	19,67	20,29	14,42	12,52	19,21	25,36	13,59	15,93	16,52	12,04	6,23	5,44	5,05	6,35
Rio Grande do Sul	adolescentes <=19 anos	12,59	14,29	14,52	18,67	17,85	17,43	14,57	16,06	13,57	15,08	14,17	13,27	11,51	11,83	11,00
	mulheres >=20 anos	15,82	15,97	16,07	14,22	12,60	12,09	12,32	11,99	11,07	10,43	10,91	10,28	10,29	10,41	9,96
	raça/cor preta e parda	15,76	16,91	16,61	15,35	13,16	13,69	12,19	12,46	10,34	10,35	7,58	6,74	5,71	6,71	7,77

Região/ Unidade da Federação		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO CENTRO OESTE	adolescentes <=19 anos	12,53	16,51	16,39	17,87	14,85	14,32	12,88	14,34	15,24	13,40	13,43	13,93	14,12	12,51	13,07
	mulheres >=20 anos	19,99	17,18	16,33	16,39	16,11	15,30	14,88	14,01	13,84	13,43	13,04	13,05	13,14	12,55	11,67
	raça/cor preta e parda	14,70	16,62	16,74	16,59	14,87	14,31	12,56	13,79	13,34	12,67	9,74	9,27	9,84	9,95	9,03
Mato Grosso do Sul	adolescentes <=19 anos	15,20	21,47	20,69	23,71	20,04	20,95	18,45	19,16	21,18	17,55	13,84	15,03	13,26	12,72	12,05
	mulheres >=20 anos	25,18	17,86	17,86	17,76	16,74	16,41	17,59	14,33	15,58	14,12	11,76	11,46	11,36	11,92	11,20
	raça/cor preta e parda	16,24	23,42	25,07	21,21	18,22	16,65	17,47	13,94	16,82	14,53	8,59	7,59	7,41	8,855	8,262
Mato Grosso	adolescentes <=19 anos	12,49	19,52	19,65	19,54	14,93	16,27	17,13	15,80	16,90	14,79	15,74	14,86	15,25	13,36	13,90
	mulheres >=20 anos	26,38	20,43	17,50	17,91	19,10	16,05	15,23	15,18	15,15	14,10	13,14	12,77	13,76	13,26	12,60
	raça/cor preta e parda	18,91	16,90	16,48	16,60	12,93	16,30	15,32	15,94	15,24	13,72	11,10	10,40	10,88	10,57	10,11
Goiás	adolescentes <=19 anos	9,84	13,63	13,70	14,54	11,92	10,24	8,22	10,19	11,51	10,44	11,42	12,46	13,91	11,85	12,38
	mulheres >=20 anos	18,04	17,18	16,72	16,61	15,83	15,94	15,73	14,84	13,73	13,30	14,59	14,84	13,86	13,05	12,20
	raça/cor preta e parda	11,71	14,20	13,07	13,15	13,51	11,97	10,18	12,91	11,61	11,91	9,73	9,68	9,62	9,4775	8,5473
Distrito Federal	adolescentes <=19 anos	16,60	13,51	12,90	16,65	16,15	13,75	11,34	16,86	14,71	13,58	14,52	15,05	13,96	12,71	15,15
	mulheres >=20 anos	13,93	13,72	13,42	13,45	13,16	12,63	11,00	11,07	11,41	12,49	11,02	11,08	12,51	11,22	9,95
	raça/cor preta e parda	12,54	16,01	17,72	19,47	18,19	13,93	10,03	12,08	11,13	11,20	8,87	8,36	11,21	11,27	9,24
População indígena	adolescentes <=19 anos	13,13	16,88	18,61	24,30	28,93	29,44	24,43	30,42	32,24	27,10	24,07	27,32	26,83	27,98	24,69
	mulheres >=20 anos	21,18	28,08	31,37	34,92	35,05	42,44	38,62	37,33	44,81	34,77	27,84	32,74	33,67	32,31	29,57
Total	adolescentes <=19 anos	14,57	15,18	15,18	15,47	15,34	15,61	14,64	14,69	14,70	14,38	14,07	14,06	14,08	13,40	13,21
	mulheres >=20 anos	23,33	20,41	19,94	18,49	17,33	16,49	15,85	14,97	14,64	13,70	13,42	13,16	13,09	12,61	12,11
	raça/cor preta e parda	16,13	15,69	16,04	15,17	14,45	14,82	14,17	13,74	13,66	12,74	11,35	10,61	10,68	10,212	10,167
Total Brasil		21,27	19,26	18,94	17,90	16,98	16,41	15,69	15,03	14,80	13,93	13,63	13,46	13,42	12,90	12,43

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nota: Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011". Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

Tabela 9. Coeficiente de mortalidade neonatal precoce segundo características da mulher. Brasil, 2000-2015

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORTE	adolescentes <=19 anos	11,28	10,67	11,18	11,48	11,12	10,66	10,98	9,85	9,60	9,42	9,48	9,26	8,77	8,48	7,82	8,76
	mulheres >=20 anos	13,83	12,99	10,74	10,63	10,13	9,66	9,72	9,29	9,08	9,11	8,92	8,23	8,28	7,80	7,64	7,47
	raça/cor preta e parda	8,86	8,98	8,30	8,72	8,50	8,14	8,89	8,29	8,13	8,35	8,05	7,44	7,02	6,64	6,51	6,77
Rondônia	adolescentes <=19 anos	5,49	5,74	8,17	7,10	8,39	7,99	7,96	8,06	6,05	5,67	7,30	4,82	6,72	5,68	5,44	8,52
	mulheres >=20 anos	17,27	17,01	14,24	14,59	12,35	11,05	12,19	10,31	8,91	9,42	11,16	7,22	7,40	6,36	7,04	6,91
	raça/cor preta e parda	7,07	8,26	6,68	7,47	7,65	7,33	9,53	6,92	6,44	7,11	8,11	4,74	5,18	4,78	4,97	6,37
Acre	adolescentes <=19 anos	11,13	7,98	7,18	7,34	8,49	6,43	10,01	13,34	9,88	8,98	6,65	6,19	9,63	6,77	6,80	7,43
	mulheres >=20 anos	15,98	14,57	10,49	11,02	8,70	9,82	8,47	9,95	7,64	7,88	9,01	7,48	7,93	8,63	6,65	7,18
	raça/cor preta e parda	8,64	7,23	3,64	4,42	4,27	4,58	5,98	8,41	5,43	6,14	5,90	4,68	5,67	5,45	5,32	6,19
Amazonas	adolescentes <=19 anos	12,86	11,72	11,81	10,87	9,60	9,19	9,51	8,40	9,31	9,25	9,00	10,11	8,67	7,77	7,51	9,49
	mulheres >=20 anos	13,16	11,32	10,29	9,07	7,25	8,19	7,51	7,36	7,36	8,04	6,78	7,03	6,87	7,13	7,36	6,85
	raça/cor preta e parda	11,80	10,29	8,10	7,92	6,69	6,95	7,11	6,42	7,07	7,84	6,78	6,78	6,06	5,87	6,10	6,71
Roraima	adolescentes <=19 anos	10,50	6,00	8,47	8,49	7,11	9,16	10,22	7,50	9,88	5,13	4,62	9,34	8,93	8,04	6,33	8,85
	mulheres >=20 anos	10,11	9,74	3,81	6,06	6,91	6,62	6,90	8,15	7,66	5,79	7,57	6,54	6,95	6,03	7,87	4,97
	raça/cor preta e parda	6,64	5,80	4,83	5,95	5,05	5,63	7,39	7,29	7,72	4,27	4,81	5,28	4,36	3,11	5,47	2,12
Pará	adolescentes <=19 anos	11,54	11,59	11,98	13,21	12,75	12,64	12,08	10,70	10,67	10,72	11,02	9,93	9,04	9,33	8,51	8,85
	mulheres >=20 anos	13,61	13,12	10,65	10,91	11,06	10,07	10,41	9,70	9,90	9,97	9,90	9,35	9,41	8,44	8,29	8,08
	raça/cor preta e parda	7,79	8,42	9,27	9,81	9,60	9,13	9,72	9,12	9,33	9,42	9,47	8,80	8,26	7,85	7,42	7,52
Amapá	adolescentes <=19 anos	12,62	13,52	13,62	14,51	12,68	11,13	12,08	9,14	8,65	9,22	8,92	12,18	11,51	12,77	8,59	8,85
	mulheres >=20 anos	16,46	13,69	13,22	10,74	15,71	15,15	16,33	15,16	13,75	11,29	9,33	9,79	10,72	9,70	8,58	7,88
	raça/cor preta e parda	9,06	11,93	10,40	11,03	12,74	13,40	13,11	11,35	8,54	8,77	6,28	6,95	7,81	6,56	6,45	6,45
Tocantins	adolescentes <=19 anos	12,59	9,92	10,61	9,63	10,80	8,50	11,16	8,88	7,38	7,10	7,24	7,23	6,82	6,74	7,39	6,80
	mulheres >=20 anos	10,57	12,12	9,47	9,94	9,08	7,73	7,44	7,86	7,94	7,69	7,29	6,74	6,38	6,80	5,56	7,38
	raça/cor preta e parda	8,92	9,46	7,68	7,72	8,90	6,16	7,57	7,34	6,49	6,63	6,66	6,43	5,42	5,57	4,84	4,98

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORDESTE	adolescentes <=19 anos	8,84	9,14	9,60	9,53	9,84	9,88	10,59	10,06	9,16	9,59	9,40	8,63	9,26	9,32	8,70	8,69
	mulheres >=20 anos	14,01	12,91	12,54	12,09	11,47	10,95	10,34	10,02	9,52	9,26	8,92	8,50	8,28	8,48	8,00	7,84
	raça/cor preta e parda	6,97	6,37	7,22	7,50	7,58	7,45	8,34	8,16	7,82	7,88	7,53	6,58	6,78	6,99	6,74	6,84
Maranhão	adolescentes <=19 anos	8,03	8,04	8,58	8,19	8,22	8,34	8,91	9,12	8,63	9,43	9,56	8,42	8,99	9,59	9,94	8,85
	mulheres >=20 anos	9,15	9,96	9,88	9,22	8,27	9,27	8,72	8,97	9,48	8,89	8,83	9,10	8,26	9,64	8,37	8,28
	raça/cor preta e parda	5,70	6,86	7,99	7,06	6,36	6,85	6,78	7,47	7,51	7,85	7,71	7,64	7,31	8,10	7,49	7,29
Piauí	adolescentes <=19 anos	11,42	10,54	12,70	11,05	10,74	9,37	11,84	11,60	11,60	12,68	10,00	8,88	10,22	10,23	9,77	9,03
	mulheres >=20 anos	12,86	12,23	11,63	12,17	11,30	11,60	10,95	11,71	10,16	9,57	9,45	9,87	9,42	9,17	8,33	8,21
	raça/cor preta e parda	6,54	4,33	4,45	3,76	4,55	4,74	8,39	8,55	7,67	9,66	8,19	8,06	8,27	7,74	7,62	7,45
Ceará	adolescentes <=19 anos	6,10	6,84	9,05	9,56	8,57	8,10	9,00	8,96	9,07	8,60	7,38	7,61	7,71	8,39	7,07	7,43
	mulheres >=20 anos	13,70	10,69	11,63	12,15	12,06	9,79	9,16	7,94	8,22	8,64	7,47	7,05	6,85	7,60	6,52	6,58
	raça/cor preta e parda	4,46	4,12	6,07	5,37	5,78	5,55	7,12	6,45	6,29	6,07	5,36	4,48	5,25	5,75	5,04	5,07
Rio Grande do Norte	adolescentes <=19 anos	8,63	8,33	10,26	8,40	9,41	7,43	7,45	7,66	8,03	7,62	8,28	7,07	6,69	9,57	7,31	8,51
	mulheres >=20 anos	11,53	11,02	11,68	9,71	10,18	9,68	8,15	8,98	8,32	8,04	7,45	7,73	7,73	7,23	7,56	7,99
	raça/cor preta e parda	3,51	1,79	2,51	2,93	3,36	4,29	4,63	6,14	5,98	5,78	5,86	4,56	4,83	4,99	5,21	5,57
Paraíba	adolescentes <=19 anos	6,51	5,25	6,30	6,77	7,76	7,42	8,76	8,48	6,77	6,65	6,08	7,83	8,67	8,19	7,34	7,32
	mulheres >=20 anos	16,92	12,86	13,03	12,09	11,70	10,46	10,55	10,53	8,96	8,22	8,36	7,14	7,83	7,24	7,58	5,92
	raça/cor preta e parda	7,00	5,82	6,70	9,86	12,15	8,77	9,40	10,41	8,16	7,60	7,31	5,94	6,85	6,22	6,64	5,83
Pernambuco	adolescentes <=19 anos	12,16	12,45	11,78	11,80	11,42	12,52	11,82	11,16	9,48	10,45	9,37	8,30	8,82	8,76	7,98	8,17
	mulheres >=20 anos	13,79	12,98	11,94	11,74	10,88	10,49	9,38	9,21	8,50	8,62	8,20	7,13	7,43	6,95	6,74	7,24
	raça/cor preta e parda	9,24	9,25	9,97	10,91	11,23	10,56	10,47	9,92	9,10	9,46	8,36	6,55	7,24	6,87	6,41	7,00
Alagoas	adolescentes <=19 anos	8,01	7,40	9,88	9,45	8,73	11,21	10,37	9,20	8,15	7,66	8,48	6,93	7,37	7,08	7,12	8,24
	mulheres >=20 anos	15,47	15,06	13,31	11,20	11,15	11,62	9,77	10,34	9,72	10,11	9,00	8,50	7,42	8,12	8,87	8,28
	raça/cor preta e parda	7,44	5,43	5,92	6,24	6,68	5,92	7,00	7,28	8,12	8,30	7,31	6,13	5,66	6,27	6,14	6,44
Sergipe	adolescentes <=19 anos	11,31	14,56	15,24	12,93	14,31	11,46	10,62	9,82	8,88	8,47	9,66	8,45	10,72	8,49	9,91	8,74
	mulheres >=20 anos	16,12	17,74	17,71	13,52	11,88	11,86	10,61	9,98	10,15	8,60	8,53	8,80	8,06	7,74	7,98	7,99
	raça/cor preta e parda	4,23	6,85	9,89	6,56	8,02	10,07	6,56	5,89	6,74	6,03	5,55	5,33	5,08	6,98	7,48	7,20
Bahia	adolescentes <=19 anos	8,32	9,40	8,21	9,15	10,71	10,97	12,75	11,46	9,98	10,87	11,67	10,59	11,48	11,00	10,08	10,22
	mulheres >=20 anos	15,64	14,69	13,96	14,21	13,39	12,82	12,97	12,01	11,15	10,64	10,74	10,12	9,94	10,18	9,56	9,14
	raça/cor preta e parda	8,40	7,39	7,66	8,78	8,21	8,31	9,71	8,86	8,48	8,13	8,62	7,68	7,69	7,83	7,69	7,89

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO SUDESTE	adolescentes <=19 anos	8,00	7,21	7,64	6,90	7,28	7,34	7,55	6,70	7,38	7,31	7,33	6,99	6,71	7,09	6,77	6,45
	mulheres >=20 anos	10,31	9,51	9,05	8,67	8,09	7,54	7,38	6,91	6,76	6,58	6,19	6,18	6,03	5,74	5,87	5,69
	raça/cor preta e parda	8,06	7,14	7,07	7,07	6,67	6,23	6,72	6,45	6,57	6,48	6,18	6,18	5,62	4,56	4,48	4,30
Minas Gerais	adolescentes <=19 anos	7,86	6,87	7,67	7,01	8,23	9,09	8,56	7,44	7,99	7,11	7,75	7,51	6,73	7,44	6,19	7,40
	mulheres >=20 anos	12,77	11,16	10,62	10,22	9,49	9,05	8,83	7,91	8,31	8,01	7,15	7,17	6,88	6,21	6,13	6,12
	raça/cor preta e parda	8,19	6,88	7,15	7,72	7,07	6,87	7,58	6,83	7,43	7,38	6,88	6,49	5,81	5,35	4,98	5,47
Espírito Santo	adolescentes <=19 anos	6,68	6,01	7,84	5,72	4,54	6,77	5,49	5,49	8,75	4,91	5,97	6,41	4,94	4,93	5,72	5,36
	mulheres >=20 anos	10,86	9,78	9,34	9,03	7,89	7,67	8,46	7,36	7,24	5,79	6,04	6,16	5,65	5,02	6,18	5,82
	raça/cor preta e parda	3,22	1,99	2,41	2,60	2,85	3,07	5,64	4,62	6,88	4,63	4,86	4,30	3,89	3,79	4,15	3,64
Rio de Janeiro	adolescentes <=19 anos	11,35	10,65	10,89	9,81	9,82	9,57	8,88	8,37	7,64	8,57	8,60	8,02	7,56	7,49	7,61	6,64
	mulheres >=20 anos	9,96	9,44	9,44	8,95	8,55	7,89	7,82	7,40	6,90	6,88	6,84	6,60	6,29	6,20	6,34	5,87
	raça/cor preta e parda	8,56	7,46	8,10	7,67	6,83	6,47	7,17	7,38	6,81	7,26	7,69	6,46	5,68	5,66	5,64	5,24
São Paulo	adolescentes <=19 anos	6,83	6,08	6,29	5,73	6,04	5,63	6,71	5,76	6,82	7,12	6,71	6,35	6,50	6,98	6,77	6,04
	mulheres >=20 anos	9,34	8,75	8,18	7,82	7,33	6,75	6,52	6,28	6,02	5,95	5,58	5,62	5,61	5,45	5,56	5,44
	raça/cor preta e parda	8,85	8,87	7,34	6,82	6,95	6,15	5,70	5,70	5,48	5,47	4,69	4,55	3,20	3,36	3,13	3,38
REGIÃO SUL	adolescentes <=19 anos	8,62	8,90	9,04	8,28	8,66	8,75	8,42	7,46	7,75	7,05	7,79	7,42	6,99	6,38	6,44	5,58
	mulheres >=20 anos	8,55	8,04	7,72	7,37	7,09	6,61	6,52	6,23	6,20	5,66	5,56	5,60	5,31	5,16	5,39	5,46
	raça/cor preta e parda	8,20	7,82	8,78	6,98	6,68	6,48	7,07	7,41	6,83	5,67	5,43	4,70	2,75	2,42	2,67	2,84
Paraná	adolescentes <=19 anos	11,46	10,80	11,31	10,66	9,95	10,29	9,17	8,91	8,76	8,18	8,72	7,69	8,30	6,94	7,31	6,02
	mulheres >=20 anos	10,18	8,74	8,25	7,97	7,52	6,92	6,86	6,39	6,75	6,22	6,33	5,72	5,69	5,38	5,76	5,81
	raça/cor preta e parda	10,71	9,13	10,98	7,85	7,11	8,80	8,67	8,38	8,23	6,48	6,12	6,22	2,71	2,49	2,80	2,45
Santa Catarina	adolescentes <=19 anos	6,93	8,28	8,19	7,31	6,44	5,15	6,94	5,43	5,29	5,69	6,93	8,21	5,66	7,16	5,74	5,15
	mulheres >=20 anos	8,17	8,10	7,98	7,23	6,69	6,86	6,92	6,79	5,97	5,21	5,03	5,72	5,50	4,96	5,12	5,47
	raça/cor preta e parda	8,06	5,94	10,45	8,12	4,81	4,94	9,60	14,09	5,51	5,79	8,26	5,21	3,40	2,27	2,38	2,56
Rio Grande do Sul	adolescentes <=19 anos	6,35	7,05	6,86	6,09	8,43	8,94	8,39	6,91	8,05	6,41	7,10	6,56	6,17	5,17	5,76	5,29
	mulheres >=20 anos	7,12	7,30	7,02	6,82	6,87	6,14	5,93	5,72	5,76	5,33	5,06	5,39	4,78	5,06	5,17	5,08
	raça/cor preta e parda	6,90	7,58	7,23	6,21	6,80	5,28	5,65	5,55	6,13	5,07	4,37	3,72	2,56	2,40	2,59	3,55

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO CENTRO- OESTE	adolescentes <=19 anos	7,74	9,67	9,95	9,53	10,13	8,42	8,51	6,98	7,99	8,65	7,48	7,41	7,80	7,84	6,81	7,66
	mulheres >=20 anos	9,86	9,82	8,60	8,29	7,89	7,90	7,56	7,36	7,17	6,87	7,03	6,90	6,80	6,76	6,69	6,36
	raça/cor preta e parda	6,82	8,50	8,56	9,07	7,86	7,56	7,51	6,35	7,37	7,25	7,16	5,47	5,37	5,56	5,58	5,37
Mato Grosso do Sul	adolescentes <=19 anos	9,19	15,35	11,82	10,97	14,43	11,36	12,21	10,27	11,79	12,52	9,80	8,21	7,87	6,69	7,22	6,52
	mulheres >=20 anos	13,03	11,82	9,23	8,34	8,51	8,81	8,29	8,58	7,50	7,50	7,58	6,68	5,97	5,71	6,22	6,36
	raça/cor preta e parda	7,32	13,28	12,26	12,93	11,43	10,77	8,55	8,80	8,18	9,10	8,07	5,42	3,73	4,32	4,83	5,03
Mato Grosso	adolescentes <=19 anos	7,52	9,81	12,73	11,84	10,56	8,81	9,48	8,88	8,43	8,45	7,92	8,11	8,60	9,11	5,78	7,75
	mulheres >=20 anos	12,90	12,52	10,70	8,38	9,21	9,00	7,94	7,60	7,58	7,13	6,77	6,86	6,77	6,84	6,79	6,85
	raça/cor preta e parda	8,24	9,14	9,29	8,88	8,10	6,23	8,27	7,71	8,24	7,55	7,13	5,82	5,92	5,75	4,99	5,54
Goiás	adolescentes <=19 anos	6,68	7,34	8,05	8,45	8,48	6,81	6,38	4,36	5,76	7,04	6,35	6,77	7,34	7,92	7,47	7,77
	mulheres >=20 anos	8,48	8,94	8,40	8,84	8,22	7,96	7,79	7,77	7,74	6,74	7,18	7,71	7,63	7,16	6,94	6,30
	raça/cor preta e parda	5,62	6,19	6,62	6,97	5,79	6,88	6,53	5,02	7,04	6,72	7,52	5,67	6,03	5,68	5,75	5,12
Distrito Federal	adolescentes <=19 anos	9,20	8,99	8,43	6,84	8,39	8,42	8,02	6,74	8,27	8,19	6,71	6,83	7,61	6,90	6,10	8,81
	mulheres >=20 anos	7,25	7,57	6,59	7,17	5,50	5,98	6,21	5,49	5,47	6,35	6,58	5,54	5,86	6,72	6,47	5,96
	raça/cor preta e parda	6,37	8,31	8,47	10,30	8,55	8,65	7,38	5,30	5,96	6,33	5,96	4,61	4,67	6,25	6,96	6,05
População indígena	adolescentes <=19 anos	4,38	4,36	6,42	6,13	8,86	9,24	11,68	12,81	11,27	11,47	10,62	8,80	12,45	11,30	10,28	11,53
	mulheres >=20 anos	5,50	6,54	6,85	7,22	7,00	9,32	12,11	12,06	10,09	12,16	8,25	7,69	11,22	11,05	9,69	10,62
Total	adolescentes <=19 anos	8,71	8,69	9,11	8,80	9,07	8,93	9,25	8,42	8,40	8,46	8,40	7,95	7,96	7,99	7,51	7,52
	mulheres >=20 anos	11,34	10,62	10,01	9,65	9,10	8,64	8,36	7,99	7,75	7,50	7,21	7,01	6,83	6,69	6,62	6,46
	raça/cor preta e parda	7,63	7,23	7,51	7,71	7,52	7,25	7,93	7,59	7,49	7,49	7,17	6,30	5,82	5,80	5,62	5,72
Total Brasil	10,69	10,15	9,79	9,45	9,09	8,70	8,57	8,11	7,90	7,72	7,45	7,19	7,08	6,97	6,81	6,69	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nota: Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011". Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

Tabela 10: Coeficiente de mortalidade perinatal segundo características da mulher. Brasil, 2000-2015

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORTE	adolescentes <=19 anos	19,90	19,87	20,09	21,55	19,75	19,76	19,96	18,51	18,50	19,49	18,36	17,95	17,62	17,57	16,86	18,00
	mulheres >=20 anos	26,15	25,92	22,89	23,09	22,25	21,11	21,45	20,44	20,41	21,37	19,48	19,13	19,54	18,57	18,45	18,56
	raça/cor preta e parda	-	8,99	-	8,74	-	-	9,30	8,55	8,25	8,74	8,24	-	-	-	-	6,77
Rondônia	adolescentes <=19 anos	6,75	12,74	13,18	15,11	13,99	13,99	14,11	11,18	9,88	12,55	13,50	9,28	11,99	11,46	11,51	17,78
	mulheres >=20 anos	25,93	33,31	27,49	26,40	23,76	21,34	23,09	19,15	15,67	19,56	21,73	16,97	16,77	15,06	16,35	15,63
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	9,60	-	-	7,49	8,68	-	-	-	-	-
Acre	adolescentes <=19 anos	18,76	15,62	16,73	16,06	14,35	13,61	16,06	21,95	16,43	17,81	14,61	13,17	16,10	17,19	15,50	19,05
	mulheres >=20 anos	27,40	28,26	23,22	21,46	18,76	18,43	17,89	17,91	16,40	16,97	17,60	16,49	16,57	19,67	17,00	17,40
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	6,38	8,66	5,58	6,21	6,05	-	-	-	-	-
Amazonas	adolescentes <=19 anos	23,50	21,63	21,13	20,31	17,76	17,16	16,81	17,64	17,98	18,74	17,51	18,33	17,59	15,95	16,66	19,39
	mulheres >=20 anos	25,78	23,38	21,50	20,63	18,83	19,11	18,03	18,38	18,76	20,15	16,85	16,94	18,17	17,62	18,85	19,67
	raça/cor preta e parda	-	-	-	7,94	-	-	7,55	6,66	7,28	7,96	6,85	-	-	-	-	-
Roraima	adolescentes <=19 anos	20,18	17,38	11,66	18,80	18,89	19,08	16,92	18,78	16,52	13,23	13,24	18,00	21,56	18,41	14,80	15,14
	mulheres >=20 anos	31,88	22,22	15,87	19,36	25,00	18,17	21,25	20,70	18,44	17,66	18,01	16,84	21,66	20,81	19,09	15,89
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	7,75	10,46	7,90	4,92	-	-	-	-	-	-
Pará	adolescentes <=19 anos	20,62	21,16	21,99	24,81	22,33	22,90	22,43	19,86	21,22	21,97	20,94	19,49	18,99	19,02	18,21	18,17
	mulheres >=20 anos	26,19	25,42	22,92	24,08	23,42	22,46	22,71	21,19	22,33	22,94	21,07	20,86	21,18	19,33	19,04	18,77
	raça/cor preta e parda	-	8,43	-	9,84	-	-	10,17	9,29	9,41	10,01	9,71	-	-	-	-	7,53
Amapá	adolescentes <=19 anos	23,71	20,75	21,46	20,39	19,28	19,75	21,19	14,28	14,16	15,63	16,66	21,05	19,97	22,81	15,40	16,32
	mulheres >=20 anos	31,08	29,94	28,62	23,43	28,05	27,02	28,98	28,31	26,08	25,16	20,50	23,33	21,21	21,75	19,90	19,35
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	13,87	11,98	8,67	9,05	6,59	-	-	-	-	-
Tocantins	adolescentes <=19 anos	21,82	18,84	18,70	17,82	20,21	18,02	21,28	18,61	15,51	18,25	14,54	17,30	12,52	16,17	16,72	13,69
	mulheres >=20 anos	22,24	24,74	19,96	22,56	21,48	18,39	20,26	19,91	18,91	19,86	16,64	18,17	17,84	17,63	16,19	18,77
	raça/cor preta e parda	-	-	-	7,77	-	-	7,71	-	6,63	6,82	-	-	-	-	-	-

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO NORDESTE	adolescentes <=19 anos	16,38	17,34	17,85	18,31	19,47	19,10	19,86	19,08	18,21	19,36	19,42	17,90	18,76	18,74	18,27	19,00
	mulheres >=20 anos	26,82	26,58	26,30	26,42	25,37	24,71	23,83	23,19	22,55	22,58	22,10	21,03	21,04	21,27	20,17	20,78
	raça/cor preta e parda	6,97	6,43	7,31	7,59	7,63	7,49	8,75	8,76	8,23	8,18	7,68	6,58	-	-	-	-
Maranhão	adolescentes <=19 anos	17,34	17,93	18,10	18,04	19,38	17,76	18,15	18,24	17,68	19,73	20,24	18,41	18,16	19,43	19,16	19,03
	mulheres >=20 anos	21,99	23,10	22,44	22,93	21,49	23,09	21,49	22,16	22,31	22,83	23,06	22,42	21,58	23,43	22,43	22,89
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	6,37	-	7,06	7,75	7,58	8,24	7,90	7,65	-	-	-	-
Piauí	adolescentes <=19 anos	21,06	21,15	21,89	19,05	19,57	17,42	19,96	20,54	20,79	22,97	20,24	19,13	20,05	22,08	20,26	18,72
	mulheres >=20 anos	25,77	26,49	26,54	26,16	25,28	24,79	24,93	26,81	23,96	23,27	23,60	23,18	22,99	22,87	21,30	21,88
	raça/cor preta e parda	-	-	4,48	-	-	-	8,74	-	7,71	9,73	-	-	-	-	-	-
Ceará	adolescentes <=19 anos	11,37	13,03	16,60	18,03	18,38	17,88	19,24	18,97	20,43	18,61	18,52	17,65	16,04	17,43	14,75	17,40
	mulheres >=20 anos	24,80	22,25	23,68	26,24	26,16	23,27	22,24	20,73	20,89	20,93	20,05	18,93	19,22	19,06	17,35	18,37
	raça/cor preta e parda	-	-	-	5,38	5,79	-	8,02	7,22	6,79	6,51	5,48	-	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	adolescentes <=19 anos	16,83	16,52	19,06	16,36	19,42	15,67	15,30	17,35	17,17	16,09	16,32	14,74	15,01	17,56	17,66	16,66
	mulheres >=20 anos	22,63	22,94	24,00	21,71	22,70	21,03	20,05	19,94	19,92	20,56	19,13	18,58	18,17	18,30	16,56	19,51
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	4,69	6,25	6,05	5,85	6,05	-	-	-	-	-
Paraíba	adolescentes <=19 anos	11,30	10,00	11,68	13,06	15,66	16,05	17,15	14,67	14,63	15,17	13,52	16,68	18,12	17,78	16,56	15,90
	mulheres >=20 anos	28,98	26,02	25,73	25,56	25,24	22,34	22,75	21,51	19,88	20,64	20,21	18,52	19,10	18,47	18,69	16,76
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	10,54	12,41	8,38	8,03	7,83	-	-	-	-	-
Pernambuco	adolescentes <=19 anos	19,93	22,00	20,51	22,07	22,47	22,73	21,88	20,40	18,30	19,40	18,53	16,69	17,90	17,79	17,85	18,51
	mulheres >=20 anos	26,99	26,93	25,70	25,47	23,68	24,31	21,87	21,17	20,79	20,58	19,22	18,27	18,50	18,14	17,45	18,96
	raça/cor preta e parda	-	9,26	-	-	-	-	11,25	11,98	11,04	10,10	8,52	-	-	-	-	-
Alagoas	adolescentes <=19 anos	17,20	15,77	19,28	18,30	17,82	20,99	17,85	15,92	14,62	16,07	17,48	14,40	16,41	15,38	15,57	18,69
	mulheres >=20 anos	30,40	31,25	28,51	26,59	26,14	24,07	22,25	21,95	22,21	23,99	20,86	21,78	20,21	20,98	21,56	20,94
	raça/cor preta e parda	-	-	6,16	-	-	-	7,21	7,41	8,20	8,42	7,44	-	-	-	-	-
Sergipe	adolescentes <=19 anos	24,81	27,84	26,35	25,07	25,69	22,08	18,52	18,06	16,97	20,84	19,56	17,17	20,56	16,04	18,57	17,06
	mulheres >=20 anos	32,04	35,18	36,26	28,90	25,79	27,68	24,32	24,25	23,67	22,09	22,18	20,76	20,53	19,32	19,67	20,52
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	6,78	5,98	-	6,11	5,85	-	-	-	-	-
Bahia	adolescentes <=19 anos	14,60	16,32	15,39	17,01	18,82	19,48	22,54	21,06	18,98	21,12	22,48	20,30	22,48	21,05	21,07	22,23
	mulheres >=20 anos	28,66	28,75	28,49	29,77	28,28	27,88	28,57	27,03	25,74	25,31	25,86	23,97	24,57	25,14	23,38	23,70
	raça/cor preta e parda	8,43	7,57	7,93	9,10	8,37	8,44	9,75	8,90	8,52	8,24	8,66	7,70	-	-	-	-

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO SUDESTE	adolescentes <=19 anos	15,95	15,59	15,81	13,84	14,90	14,78	14,87	13,63	14,54	14,76	14,87	14,63	14,94	15,39	14,98	15,80
	mulheres >=20 anos	23,48	22,15	21,51	20,70	19,85	18,05	17,73	17,27	16,79	16,48	15,68	15,50	15,59	15,01	15,13	15,14
	raça/cor preta e parda	-	-	7,08	7,11	-	-	7,20	6,65	6,86	6,94	6,35	-	-	-	-	-
Minas Gerais	adolescentes <=19 anos	14,49	14,03	14,64	13,53	14,89	16,01	16,45	15,20	15,08	14,63	15,40	15,17	14,54	15,69	14,29	17,18
	mulheres >=20 anos	26,03	24,55	24,40	23,33	22,36	21,39	20,90	20,04	19,43	19,31	17,95	17,46	17,11	16,27	16,15	16,40
	raça/cor preta e parda	-	-	7,16	-	-	-	8,46	6,98	7,65	7,71	6,98	-	-	-	-	-
Espírito Santo	adolescentes <=19 anos	12,60	13,88	14,98	12,59	11,28	14,63	13,72	12,76	14,86	12,61	12,19	13,38	12,88	12,75	14,12	13,65
	mulheres >=20 anos	24,58	23,56	23,10	22,60	20,23	19,74	19,59	18,21	17,22	15,49	15,35	16,38	14,71	14,71	15,09	15,29
	raça/cor preta e parda	-	-	-	2,64	-	-	5,79	5,35	8,34	7,03	5,77	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	adolescentes <=19 anos	20,94	21,01	20,79	19,44	20,10	18,88	19,62	18,02	18,30	20,24	19,72	18,66	19,31	19,14	19,40	19,13
	mulheres >=20 anos	24,56	22,98	22,97	22,30	22,00	19,66	19,86	19,63	18,99	18,35	18,04	17,89	18,06	17,10	17,73	16,92
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	7,29	7,44	6,92	7,62	7,78	-	-	-	-	-
São Paulo	adolescentes <=19 anos	14,90	14,29	14,42	11,74	13,12	12,52	12,24	11,07	12,64	12,71	12,79	12,72	13,37	13,83	13,36	13,82
	mulheres >=20 anos	21,88	20,59	19,54	18,73	17,93	15,87	15,47	15,18	14,88	14,73	13,95	13,78	14,17	13,78	13,77	13,96
	raça/cor preta e parda	-	-	-	6,94	-	-	6,19	5,96	5,74	5,68	4,84	-	-	-	-	-
REGIÃO SUL	adolescentes <=19 anos	16,10	16,47	17,20	16,24	15,89	15,86	15,59	15,27	15,01	14,32	15,16	14,51	13,89	13,50	13,96	13,87
	mulheres >=20 anos	19,85	19,02	18,10	17,51	17,12	15,77	15,60	15,09	14,88	13,89	14,01	13,74	13,19	12,90	13,20	13,18
	raça/cor preta e parda	-	7,85	8,89	-	-	-	7,52	8,64	8,29	6,61	5,54	-	-	-	-	-
Paraná	adolescentes <=19 anos	19,68	19,86	20,73	19,96	18,32	18,23	17,40	16,98	16,97	15,70	15,80	15,84	15,33	13,34	14,90	14,23
	mulheres >=20 anos	22,85	20,85	19,62	18,60	18,07	16,46	15,67	15,12	15,65	14,82	15,28	14,41	13,58	13,13	13,25	13,75
	raça/cor preta e parda	-	9,24	11,21	-	-	-	9,99	8,80	8,62	6,57	6,21	-	-	-	-	-
Santa Catarina	adolescentes <=19 anos	13,67	12,89	14,05	13,77	12,49	10,81	13,08	10,74	10,25	12,30	13,56	13,84	11,95	14,98	12,47	12,31
	mulheres >=20 anos	17,10	16,56	16,25	15,18	14,51	14,31	14,63	14,48	13,22	12,66	12,32	12,58	12,53	12,68	12,82	12,98
	raça/cor preta e parda	-	-	10,75	-	-	-	-	14,88	6,61	-	-	-	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	adolescentes <=19 anos	13,40	14,52	14,83	13,32	14,97	15,87	14,86	15,99	15,55	13,78	15,32	13,21	13,26	12,79	13,70	14,43
	mulheres >=20 anos	18,34	18,49	17,53	17,68	17,59	15,87	16,10	15,42	15,09	13,65	13,68	13,76	13,18	12,79	13,40	12,71
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	-	7,41	8,38	6,79	4,51	-	-	-	-	-

Região/ Unidade da Federação		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REGIÃO CENTRO- OESTE	adolescentes <=19 anos	14,91	18,28	18,12	18,01	18,06	16,08	15,86	14,38	15,99	16,88	15,70	15,38	15,52	16,39	14,66	16,88
	mulheres >=20 anos	20,93	21,93	19,45	19,17	18,09	17,07	17,54	16,81	16,68	16,61	16,34	16,42	15,34	15,84	15,22	15,57
	raça/cor preta e parda	-	-	8,58	-	7,88	-	8,42	6,81	8,34	8,41	7,34	-	-	-	-	-
Mato Grosso do Sul	adolescentes <=19 anos	17,42	29,52	24,12	22,71	24,39	22,87	21,96	19,32	23,53	24,28	21,06	20,28	16,53	17,14	16,68	18,11
	mulheres >=20 anos	27,72	27,59	22,75	22,05	21,06	19,64	20,49	19,88	19,35	18,95	17,95	16,96	15,10	15,87	16,31	15,97
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	8,62	-	8,30	-	8,18	-	-	-	-	-
Mato Grosso	adolescentes <=19 anos	13,92	16,48	20,80	22,08	19,01	17,39	18,71	18,55	16,89	17,58	16,92	16,09	16,69	18,96	13,79	17,23
	mulheres >=20 anos	26,06	26,25	22,80	20,39	20,37	19,47	18,99	17,85	17,43	18,14	16,42	16,72	15,62	15,94	14,98	16,26
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	10,50	9,04	11,34	11,54	7,53	-	-	-	-	-
Goiás	adolescentes <=19 anos	13,16	14,52	14,76	14,96	14,96	12,00	11,62	9,48	12,71	13,37	12,79	13,50	14,41	15,56	14,98	15,97
	mulheres >=20 anos	17,04	19,33	17,78	18,30	17,15	15,52	16,43	16,16	15,90	15,45	16,15	17,05	16,08	16,53	15,71	15,49
	raça/cor preta e parda	-	-	6,65	-	5,86	-	7,31	5,27	7,23	6,96	7,68	-	-	-	-	-
Distrito Federal	adolescentes <=19 anos	18,13	17,70	15,63	13,59	16,78	16,16	14,80	14,45	13,14	15,26	14,31	12,40	15,27	13,20	12,30	17,30
	mulheres >=20 anos	18,29	18,62	17,09	17,53	15,26	15,50	15,91	14,67	15,22	15,44	15,38	14,43	13,74	14,34	13,55	14,62
	raça/cor preta e parda	-	-	-	-	-	-	-	5,34	-	-	-	-	-	-	-	-
População indígena	adolescentes <=19 anos	-	-	-	-	-	9,48	12,43	13,28	11,48	11,68	10,84	-	-	-	-	13,28
	mulheres >=20 anos	5,58	-	6,93	-	-	9,50	12,68	12,43	10,70	12,86	8,78	-	-	-	-	13,32
Total	adolescentes <=19 anos	16,48	17,03	17,40	17,04	17,51	17,20	17,47	16,46	16,54	17,12	17,00	16,26	16,51	16,66	16,18	17,04
	mulheres >=20 anos	23,92	23,32	22,42	22,07	21,16	19,91	19,57	19,00	18,58	18,40	17,71	17,25	17,13	16,85	16,55	16,75
	raça/cor preta e parda	7,63	7,26	7,55	7,77	7,54	7,26	8,40	8,02	7,88	7,93	7,33	6,30	-	-	-	5,72
Total	11,67	11,95	11,69	11,74	11,51	10,78	10,72	10,52	10,41	10,59	10,26	10,04	10,14	10,04	16,43	16,78	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nota: Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011". Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

**Equipe de
elaboração**

Daphne Rattner (Organizadora)

Médica sanitária, doutora em Epidemiologia, professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e integrante da diretoria da International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO)

Ana Lúcia Keunecke

Advogada, pós-graduada em direito processual civil pela Universidade Mackenzie. Especialista em contratos de infraestrutura pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), sócia fundadora da Associação Artemis, integrante do Colegiado da ReHuNa

Carla Andreucci Polido

Médica obstetra, professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos

Dácio de Lyra Rabello Neto

Médico epidemiologista, Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, COVISA - Coordenação de Vigilância em Saúde - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, e ECD - Epidemiologia e Controle de Doenças - Secretaria Municipal da Saúde de Diadema - SP

Jéssica Alves da Silva

Bacharel em Saúde Coletiva

Julia Cristina do Amaral Horta

Psicóloga, mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Ex-coordenadora do setor de psicologia do Hospital Sofia Feldman e referência técnica do projeto do HSF e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Ex-representante do Hospital Sofia Feldman no Colegiado da ReHuNa

Kleyde Ventura

Enfermeira obstetra, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, presidente da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Abenfo

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Médica Obstetra, consultora da Política Nacional de Humanização de 2003 a 2010, Coordenadora - Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde de 2011 a 2017, integrante da equipe de coordenação do Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia - ApiceON

Paulo Borem

Médico cirurgião vascular com especialização em Gestão da Saúde pela Fiocruz. Diretor de projetos do Institute for Healthcare Improvement (IHI) para a América Latina, especialista em Melhoria e Segurança do paciente. Diretor de três projetos de intervenção colaborativa no Brasil e Europa (redução de infecções em UTIs e Projeto Parto Adequado) em mais de 60 hospitais.

Ricardo Herbert Jones

Médico obstetra, conferencista e palestrante nacional e internacional, integrante do Colegiado da ReHuNa

Simone Grilo Diniz

Médica, doutora em Medicina Preventiva, professora titular e vice-diretora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, ex-integrante do Colegiado da ReHuNa

Sonia Isoyama Venancio

Médica, doutora em Nutrição em Saúde Pública, pesquisadora científica, vice-diretora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Consultora da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde

Sônia Lansky

Médica pediatra sanitária, doutora em Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, ex-consultora da Política Nacional de Humanização e da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, integrante do Colegiado da ReHuNa

Tereza Setsuko Toma

Médica, doutora em Nutrição em Saúde Pública, pesquisadora científica, diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Capa: **Bia Fioretti - DesigNacional**

Revisão: **Denise Yoshie Niy**

e **Larissa Menon Rodrigues**

