

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

VÍVIAN CELIN PIASSI

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

São Paulo
2020

VÍVIAN CELIN PIASSI

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

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde**.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Freitas Ribeiro

São Paulo
2020

Piassi, Vivian Celin.

Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de São Paulo, SP, entre os anos de 2004 a 2012. / Vivian Celin Piassi. 2020. 79 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Ana Freitas Ribeiro.

1. Planejamento de saúde pública. 2. Perfil epidemiológico. 3. Nascimento vivo. 4. Sistemas de informação em saúde. 5. Saúde materno-infantil.

I. Ribeiro, Ana Freitas.

II. Título.

CDU 658:616

VÍVIAN CELIN PIASSI

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

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof.^a Dr.^a Ana Freitas Ribeiro - Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof.^a Dr.^a Sonia Francisca Monken de Assis - Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof.^a Dr.^a Karina de Cássia Braga Ribeiro – FCMSCSP – MEMBRO EXTERNO

Ms. Ernesto Stangueti (UNINOVE) – PROFISSIONAL DE MERCADO

São Paulo, 16 de junho de 2020.

Aos meus pais, Antônio Luiz Piassi (*in memorian*) e Carmen Celin Piassi e aos meus irmãos, Valquíria Maria Piassi e Vagner Piassi, que demonstraram compreensão quando precisei me ausentar que rezaram por mim e me incentivaram mesmo quando em lágrimas queria desistir. Amo Vocês!

Em especial, ao meu pai, pois não poderei lhe contar e dar um abraço, mas sei que tive o privilégio e a honra de deixá-lo orgulhoso com minhas conquistas. Receba meu pai essa vitória e obrigada por todos os sacrifícios que fez por mim para que eu tivesse uma educação diferenciada e chegasse até aqui. Muito Obrigada! Te amo para sempre!

Ao meu esposo Luiz Felipe Peterle do Nascimento que foi compreensivo durante esses anos nas minhas ausências nos dias de lazer e nas atividades diárias, mostrando-se sempre muito atencioso e comprometido comigo e com meu futuro. Te Amo!

À minha amada Beatriz que irá nascer... que no meu ventre, com seus movimentos carinhosos, me despertava, lembrando-me da necessidade de concluir minha defesa.

À minha Chefe Claudia Ventimiglia Graeff que desde o início me incentivou a estudar, fazer o Mestrado, nunca deixando que eu desistisse dos meus sonhos.

E a todos meus amigo(a)s que sempre compreenderam a minha ausência, minhas preocupações, e me incentivaram a concretizar os meus sonhos.

Agradeço à professora Dr.^a Ana Freitas Ribeiro, minha orientadora, pessoa muito especial, que com sua generosidade, paciência, dedicação e compreensão com seus alunos, que mesmo passando comigo por momentos muito difíceis em minha vida e também especiais, me conduziu e compartilhou comigo seu conhecimento por toda nossa jornada no Mestrado. Muito Obrigada!

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde (MPGSS) da UNINOVE, por todo aprendizado que compartilhamos.

A todos os professores que me acompanharam nos estágios supervisionados obrigatórios que sempre foram compreensivos e abriram as portas das salas de aula e seus conhecimentos.

À Queli Sena N. de Alcântara, secretária do MPGSS, por seu enorme profissionalismo e acolhimento. Pelo carinho e parceria de sempre.

A todos meus outros amigos (as), que fazem parte da minha vida, sem os quais me sentiria incompleta e que me ajudaram da maneira que puderam para eu obter essa conquista.

E a Deus, Nossa Senhora Aparecida e Nossa Senhora das Graças, pela proteção durante os meus trajetos de idas e vindas da Universidade nas madrugadas, pois sem a fé não somos ninguém.

RESUMO

Objetivo: essa pesquisa teve como meta descrever o perfil epidemiológico dos nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo/SP, no período de 2004 a 2012.

Método: por ter sido um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com abordagem descritiva foram utilizados dados secundários, registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e disponibilizados no site da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

Resultados: a análise dos registros de 1.555.545 recém-nascidos de mães residentes no município de São Paulo/SP evidenciou que segundo o **(Local de ocorrência do parto)**: 99,45% ocorreram em ambiente hospitalar, 0,30% em domicílio, e 0,25% em outro estabelecimento de saúde. **(Faixa Etária Materna)**: 25,68% tinham entre 25 a 29 anos; 24,34% tinham entre 20 a 24 anos, 21,48% tinham entre 30 a 34 anos; 13,46% tinham de 15 a 19 anos; 11,49% estavam entre 35 a 39 anos; 2,90% entre 40 a 44 anos; 0,47% tinham < 15 anos; e 0,18% entre 45 anos e +. **(Escolaridade da Mãe)**: 55,47% das mães tinham o Ensino Médio completo, 22,12% tinham Ensino Superior completo; 19,12% tinham o Ensino Fundamental completo; 2,84% tinham o primário completo e 0,46% não tinham nenhuma escolaridade. **(Situação Conjugal Materna)**: 57,28% eram mães solteiras; 37,60% eram casadas; 3,60% tinham União Estável; 1,30% eram separadas ou divorciadas; 0,22% de mães eram viúvas. **(Número de consultas no pré-natal)**: 73,49% realizaram entre 7 e +; 20,61% realizaram entre 4 a 6 consultas; 4,54% realizaram entre 1 a 3 consultas e 1,36% realizaram nenhuma consulta. **(Idade Gestacional da Mãe)**: 89,90% tinham entre 37 a 41 semanas; 7,84% estavam entre 32 a 36 semanas; 0,90% estavam entre 28 a 31 semanas; 0,81% tinham 42 semanas e +; 0,51% estavam entre 22 a 27 semanas; 0,04% estavam com menos de 22 semanas de gestação. **(Tipo de Gravidez)**: 97,54% tiveram a gravidez única; 2,35% tiveram gravidez dupla; 0,11% tiveram a gravidez tripla e +. **(Tipo de Parto)**: com relação aos dados total do município: 52,55% nasceram de parto cesáreo, 47,45% nasceram de parto vaginal. Já com relação aos dados do **(Tipo de parto nas Coordenadorias)**: **(o parto Cesáreo)**: a média mais alta foi que 63,38% dos nascimentos ocorreram de mães residentes na CRS Oeste; 59,11% CRS Sudeste; 57,03% CRS Centro; 52,74% CRS Norte; 48,81% CRS Sul; 46,12% CRS Leste. **(o parto vaginal)**: 53,88% ocorreram de mães residentes na CRS Leste; 51,19% ocorreram na CRS Sul; 47,25% ocorreram na CRS Norte; 42,97% ocorreram

na CRS Centro, 36,61% ocorreram na Zona Oeste. **(Sexo do Recém-nascido):** 51,30% foram do sexo Masculino e 48,89% foram do sexo Feminino. **(Peso ao Nascer):** com relação aos dados total do município de Peso ao Nascer <500g: 0,06%; 500g a 999g: 0,58%; 1000g a 1499g: 0,86%; 1500g a 1999g: 1,78%; 2000g a 2499g: 6,22%; 2500g a 2999g: 25,27%; 3000g a 3499g: 41,74%; 3500g a 3999g: 19,63%; 4000g e +: 3,87%. **(Peso ao Nascer nas Coordenadorias com maiores médias):** <500g: 0,09% na CRS Centro; 500g a 999g: 0,68% na CRS Sudeste; 1000g a 1499g: 1,03% na CRS Sudeste; 1500g a 1999g: 2,13% CRS Oeste e CRS Sudeste; 2000g a 2499g: 29,64% CRS Sudeste; 3000g a 3499g: 22,99% na CRS Sudeste; 4000g e +: 4,35% CRS Sudeste. **(OApgar de 1º min)**, 86,71% estavam na faixa de 08 a 10, com boa vitalidade; 11,45% estavam na faixa de 04 a 07 com asfixia moderada; e 1,85% estava na faixa de 0 a 3, com asfixia grave. Com relação ao **(Apgar de 5º min)**, 97,74% estavam na faixa de 07 a 10 com boa vitalidade, e boa adaptação, 1,90% dos recém-nascidos estavam na faixa de 04 a 06 com asfixia moderada e 0,37% estavam na faixa de 0 a 3 com asfixia grave. Sobre a **(Anomalia Congênita)**, 98,90% não apresentaram e 1,10% apresentaram. **Conclusão:** O estudo do perfil epidemiológico das mães e recém-nascidos, juntamente com a análise dos resultados da implantação de um programa específico, fortalecem a continuidade, e a busca pela melhoria da qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Palavras-chave: Planejamento de saúde pública, Perfil epidemiológico, Nascimento vivo, Sistemas de informação em saúde, Saúde materno-infantil, Humanização do parto.

ABSTRACT

Objective: this research aimed to describe the epidemiological profile of live births of mothers living in the city of São Paulo / SP, from 2004 to 2012. **Method:** because of its descriptive, retrospective epidemiological study, a descriptive approach on secondary data registered at the Information System on Live Births (SINASC) and available on the website of the Municipal Health Secretariat of the City of São Paulo were used. **Results:** the analysis of the records of 1,555,545 newborns of mothers living in the city of São Paulo / SP showed that according to (Place of birth): 99.45% occurred at a hospital environment, 0.30% at home, and 0.25% at another health facility. (Maternal Age Group): 25.68% were between 25 and 29 years old; 24.34% were between 20 and 24 years old, 21.48% were between 30 and 34 years old; 13.46% were between 15 and 19 years old; 11.49% were between 35 and 39 years old; 2.90% between 40 and 44 years; 0.47% were <15 years old; and 0.18% above 45 years. (Mother's education): 55.47% of mothers had completed high school, 22.12% had completed higher education; 19.12% had completed elementary school; 2.84% had completed primary school and 0.46% had no education. (Maternal Marital Situation): 57.28% were single mothers; 37.60% were married; 3.60% had a Common-law marriage; 1.30% were separated or divorced; 0.22% of the mothers were widows. (Number of prenatal consultations): 73.49% performed above 7 consultations; 20.61% performed between 4 to 6 consultations; 4.54% performed between 1 to 3 consultations and 1.36% performed no consultations. (Mother's Gestational Age): 89.90% were between 37 and 41 weeks; 7.84% were between 32 and 36 weeks; 0.90% were between 28 and 31 weeks; 0.81% were above 42 weeks; 0.51% were between 22 to 27 weeks; 0.04% were less than 22 weeks pregnant. (Type of Pregnancy): 97.54% had a single pregnancy; 2.35% had a double pregnancy; 0.11% had triple pregnancy or more (Type of Birth): in relation to the total data of the municipality: 52.55% were born by Cesarean, 47.45% were natural birth. Regarding to the data of (Type of birth per Coordinators): (Cesarean): the highest average, 63.38% of the mothers living in CRS Oeste had Cesarean; 59.11% CRS Southeast; 57.03% CRS Centro; 52.74% CRS Norte; 48.81% CRS Sul; 46.12% CRS East. (Natural birth): 53.88% of the mothers living in CRS Leste had natural birth; 51.19% living in CRS Sul; 47.25% living in CRS Norte; 42.97% living in CRS Centro, 36.61% living in West Zone. (Gender of the Newborn): 51.30% were male and

48.89% were female. (Birth weight): in relation to the total data of the municipality of birth weight, <500g: 0.06%; 500g to 999g: 0.58%; 1000g to 1499g: 0.86%; 1500g to 1999g: 1.78%; 2000g to 2499g: 6.22%; 2500g to 2999g: 25.27%; 3000g to 3499g: 41.74%; 3500g to 3999g: 19.63%; 4000g and +: 3.87%. (Birth Weight per Coordinators with the highest averages): <500g: 0.09% in CRS Centro; 500g to 999g: 0.68% in CRS Sudeste; 1000g to 1499g: 1.03% in CRS Sudeste; 1500g to 1999g: 2.13% CRS West and CRS Southeast; 2000g to 2499g: 29.64% CRS Southeast; 3000g to 3499g: 22.99% in CRS Sudeste; 4000g and +: 4.35% CRS Southeast. (Apgar of 1 min): 86.71% were in the range of 08 to 10 with good vitality; 11.45% were in the range from 04 to 07 with moderate asphyxia; and 1.85% were in the range of 0 to 03 with severe asphyxia. With respect to (Apgar of 5° min), 97.74% were in the range of 07 to 10 with good vitality, and good adaptation, 1.90% of the newborns were in the range of 04 to 06 with moderate asphyxia and 0, 37% were in the range 0 to 3 with severe asphyxia. About (Congenital Anomaly), 98.90% did not present and 1.10% did. **Conclusion:** The study of the epidemiological profile of mothers and newborns together with the analysis of the results of the implementation of a specific program strengthens the continuity and the pursuit for the quality and improvement in prenatal, type of birth and postpartum.

Keywords: Public health planning, Epidemiological profile, Live birth, Health information systems, Maternal and child health, Humanization of childbirth.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Nascidos vivos por local de ocorrência (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	41
Gráfico 02– Nascidos vivos por faixa etária da mãe (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	42
Gráfico 03 – Nascidos vivos por escolaridade materna (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	43
Gráfico 04 – Nascidos vivos por situação conjugal materna (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	44
Gráfico 05 –Nascidos vivos por número de consultas pré-natal (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	45
Gráfico 06 – Nascidos vivos por período gestacional (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	46
Gráfico 07 – Nascidos vivos por tipo de gravidez (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	47
Gráfico 08 – Nascidos vivos por tipo de parto(%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	48
Gráfico 09 –Nascidos vivos por tipo de sexo (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	50
Gráfico 10 –Nascidos vivos por peso ao nascer (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	51
Gráfico 11 –Nascidos vivos por Apgar 1min(%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	52
Gráfico12–Nascidos vivos por Apgar5min(%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	53
Gráfico 13 –Nascidos vivos por anomalia congênita(%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Nascidos vivos por local de ocorrência (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	41
Tabela 02 – Nascidos vivos por faixa etária materna (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	42
Tabela 03 – Nascidos vivos por escolaridade materna (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	43
Tabela 04 – Nascidos vivos por situação conjugal materna (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	44
Tabela 05 – Nascidos vivos por número de consultas pré-natal (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	45
Tabela 06 – Nascidos vivos por período gestacional (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	46
Tabela 07 – Nascidos vivos por tipo de gravidez (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	46
Tabela 08 – Nascidos vivos por tipo de parto (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	47
Tabela09 – Nascidos vivos por sexo (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	49
Tabela 10 – Nascidos vivos por peso ao nascer (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	51
Tabela 11 –Nascidos vivos por Apgar1min(%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	52
Tabela 12 – Nascidos vivos por Apgar 5min(%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	53
Tabela 13 – Nascidos vivos por anomalia congênita(%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	54
Tabela 14 – Nascidos vivos por local de ocorrência – hospital (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	56

Tabela 15 – Nascidos vivos por local de ocorrência – outro estab. de saúde (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	57
Tabela 16 – Nascidos vivos por local de ocorrência – domicílio (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	57
Tabela 17 – Nascidos vivos por consulta pré-natal – nenhuma (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	58
Tabela 18 – Nascidos vivos por consulta pré-natal – 1 a 3 consultas (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	58
Tabela 19 – Nascidos vivos por consulta pré-natal – 4 a 6 consultas (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	59
Tabela 20 – Nascidos vivos por consulta pré-natal – 7 consultas e + (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	59
Tabela 21 – Nascidos vivos por peso ao nascer – <500g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	60
Tabela 22 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 500g a 999g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	60
Tabela 23 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 1000g a 1499g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	61
Tabela 24 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 1500g a 1999g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	61
Tabela 25 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 2000g a 2499g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	62
Tabela 26 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 2500g a 2999g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	62
Tabela 27 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 3000g a 3499g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	63
Tabela 28 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 3500g a 3999g (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	63
Tabela 29 – Nascidos vivos por peso ao nascer – 4000g e + (%), segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012	64
Tabela 30 – Nascidos vivos por tipo de parto - vaginal, segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	64

Tabela 31 – Nascidos vivos por tipo de parto - cesáreo, segundo ano de nascimento, município de São Paulo, 2004 a 2012.....	64
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DNV	Declaração de Nascido Vivo
MMR	Proporção de Mortalidade Materna Global
NICE	National <i>Institute for Health and Care Excellence</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<i>PNHAH</i>	Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
RN	Recém-Nascido
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema informatizado de informação e acompanhamento do PHPN
TABNET	Aplicativo do DATASUS para Informações de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.1.1	Questão de Pesquisa	16
1.2	OBJETIVOS	16
1.2.1	Geral	16
1.2.2	Específicos.....	16
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	17
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	SAÚDE MATERNO INFANTIL NO BRASIL.....	18
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	33
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	33
3.1.1	Estudo epidemiológico descritivo	33
3.1.2	Fontes de informação	34
3.1.3	Ética	34
3.2	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	35
3.3.1	Cálculo de diferença	36
3.3.2	Cálculo de média	36
4	ANÁLISE DE RESULTADOS DE PESQUISA	36
4.1	PERFIL DA MÃE DE NASCIDOS VIVOS, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 2004 A 2012.....	37
4.2	PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS, DE MÃES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 2004 A 2012.....	48
4.3	PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS, DE MÃES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 2004 A 2012, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, NÚMERO DE CONSULTA PRÉ-NATAL; PESO AO NASCER E TIPO DE PARTO POR COORDENADORIA DE SAÚDE, ENFATIZANDO A ANÁLISE DO PERÍODO ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MÃE PAULISTANA, NO ANO DE 2006.....	54
5	DISCUSSÃO	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA	72
6.1	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS	73
	REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, principalmente após o movimento feminista, ocorreu o início da construção de políticas públicas com a consolidação de leis, programas e estratégias em saúde pública voltados para a atenção materno infantil no Brasil. (Cassiano et al., 2014).

Essa atenção materno infantil veio ser agregada com o cuidado da assistência pré-natal, que de acordo com recomendações do Ministério da Saúde, deve abranger os cuidados com a gestante, com o parto, com o recém-nascido e com o puerpério, como a detecção precoce de doenças e risco gestacional; a melhoria do vínculo da gestante com o local de realização do parto; início precoce do pré-natal; número adequado de consultas; redução da prematuridade e o controle do baixo peso ao nascer. (Viellas et al., 2014).

Já foi comprovado, principalmente no Brasil, que as altas proporções de mortalidade infantil e materna estão associadas com a ausência e/ou falha nos cuidados com assistência pré-natal, e com as gestantes. Essas proporções são em sua maioria, causadas pela prematuridade; baixo peso ao nascer; retardo de crescimento intra-uterino; gravidez na adolescência. (R. F. Puccini et al., 2003).

Como subsídio de coleta e centralização de informações epidemiológicas sobre nascidos vivos e as mães, o Ministério da Saúde e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) implementaram em 1990, nos Estados e Municípios brasileiros, o sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC). O sistema é alimentado com base nos dados registrados pelas instituições de saúde, públicas, e privadas, e cartórios (partos domiciliares), que coletam as informações através da Declaração de Nascido Vivo (DNV). A DNV é um documento oficial e padronizado para o todo o país. (MS, 2017).

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

Em suma, no município de São Paulo/SP, o processo de implantação do SINASC iniciou-se no ano de 1999, e em 2004, a coleta de dados e o fluxo do SINASC foram regulamentados pela Portaria SMS.G nº 325. O município de São Paulo é a capital do estado

São Paulo e, atualmente, possui uma população estimada em 45.919.049 pessoas em 2019 (IBGE, SP, 2019).

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

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Em pesquisas recentes da ONU, de 2019, problemas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério ainda refletem resultados negativos, como exemplo, a mortalidade materna e neonatal. Estima-se que uma grávida ou um recém-nascido morre a cada 11 segundos no mundo. Dados revelam que mais 290 mil mulheres morreram devido a complicações durante a gravidez e o parto em 2017. Do total de mortes infantis, 5,3 milhões ocorreram nos primeiros 5(cinco) anos, com quase metade delas no primeiro mês de vida. As mortes maternas são causadas por complicações obstétricas diretas, como hipertensão arterial durante a gravidez e sangramento grave ou infecções durante ou após o parto; e cada vez mais devido a uma doença ou condição existente agravada pelos efeitos da gravidez, causas obstétricas indiretas.

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

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

1.1.1 Questão de Pesquisa

Qual o perfil epidemiológico das mães e dos nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo, no período de 2004 a 2012?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Analisar o perfil epidemiológico das mães e dos nascidos vivos residentes no município de São Paulo, de 2004 a 2012, para apoiar a Gestão em Saúde.

1.2.2 Específicos

Analisar a distribuição do número de nascidos vivos segundo **perfil da Mãe**: local de ocorrência do parto, faixa etária da mãe, escolaridade da mãe, situação conjugal da mãe, número de consulta pré-natal, período gestacional, tipo de gravidez; tipo de parto, ocorridos de mães residentes no município de São Paulo, nos anos de 2004 a 2012.

Analisar a distribuição do número de nascidos vivos segundo **perfil do nascido vivo**: sexo, peso ao nascer, Apgar 1º minuto, Apgar 5º minuto e presença de anomalia congênita, de mães residentes no município de São Paulo, nos anos de 2004 a 2012.

Analisar a distribuição do número de nascidos vivos segundo: local de ocorrência, número de consulta pré-natal; peso ao nascer e tipo de parto por coordenadoria de saúde das mães residentes no município de São Paulo, nos anos de 2004 a 2012, enfatizando a análise antes e após a implantação do Programa Mãe Paulistana, no ano de 2006.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO DO TEMA

Atualmente, com a crise econômica vivida em todo o mundo, no nosso país, impactando na distribuição do financiamento de ações públicas em saúde para os Estados e Municípios, a priorização do investimento em que área de saúde o mesmo será realizado é de extrema importância. Atualmente, como acontece na prefeitura de São Paulo, o SINASC é utilizado para a coleta de informações mais fidedignas possíveis da realidade sobre o perfil dos nascidos vivos pela CEInfo (Coordenação de Epidemiologia e Informação) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. A análise das informações é um importante instrumento para o Gestor realizar o diagnóstico de necessidades em saúde (Ex: quantas pessoas nascem como nascem, fatores de risco), analisar as demandas, apoiar planejamento de ações, com acompanhamento e avaliação.

O desenvolvimento dessa pesquisa contribuiu para a prática na melhoria da Gestão por profissionais da Saúde. A coleta e uma boa análise de informações são uma fonte muito importante para tomada de decisões e norteia estratégias, programas, se os mesmos deverão ser criados e em que variável podem ser modificados e fortalecidos. Os resultados poderão auxiliar no planejamento de saúde e conseqüentemente melhoria dos serviços de saúde. O processo de cuidado deve ser planejado de forma estratégica, avaliado e monitorado, com a visão de gestão epidemiológica e informação.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A presente pesquisa dispõe de seis capítulos, orientados a seguir.

O primeiro capítulo apresenta a Introdução do trabalho, com a contextualização do tema, os objetivos, a questão, o problema e a justificativa da pesquisa.

O capítulo dois apresenta o Referencial Teórico, com o pólo teórico advindo da questão de pesquisa, sendo: Saúde Materno Infantil no Brasil.

No capítulo três, foram descritos os Procedimentos Metodológicos utilizados para a realização do trabalho, assim como o delineamento da pesquisa, o procedimento de coleta de dados e os procedimentos de análise de dados.

O capítulo quatro expõe a análise dos resultados, e o cinco pela discussão destes resultados. São capítulos muito importantes, que servem de base para entender se a pesquisa retornou resultados positivos ou negativos, ou neutros. Comparar com a realidade de outras pesquisas e de outros pesquisadores.

O capítulo seis discorre sobre as considerações finais e contribuições para a prática. Este capítulo possui apontamentos sobre o trabalho e os possíveis impactos positivos para outros estudos em outros municípios e estados brasileiros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. SAÚDE MATERNO INFANTIL NO BRASIL

A construção da história da saúde materno infantil no Brasil foi uma caminhada de muitos anos, tendo várias denominações e passando por vários períodos diferentes de gestão. Nem podemos dizer que tínhamos políticas voltadas para esse fim, pois as mulheres e as crianças não tinham a mesma importância que nos dias atuais. (Victora et al., 2011).

Durante o Governo de Getúlio Vargas, surge o primeiro indicador de criação de um programa voltado para a saúde materno infantil, regulamentado pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), que direcionava os cuidados para a gestante e o recém-nascido, e para o controle da mortalidade infantil. No ano de 1940, as atividades de cuidados à saúde materno infantil foram transferidas para o Departamento Nacional da Criança (DNCR). (BRASIL, 2011d).

O grande objetivo do governo dessa época era que as mães e as crianças tivessem condições sanitárias, educacionais e médicas apenas para buscar uma Nação forte e rica, alavancando assim o crescimento da economia no país. Tyrrell (1997). Para tanto, era uma determinação melhorar a qualidade da alimentação escolar, o incentivo ao conhecimento pelas puérperas, melhoria da nutrição materna e infantil, e ensino dos hábitos de higiene e de princípios éticos, e o aperfeiçoamento do atendimento no pré-natal. (Pereira, 1999).

Embora os esforços acometidos pelo novo Órgão criado, houve a permanência de miséria entre a população; aproveitamento abusivo do operário; crítico cenário sanitário e educacional; pequena redução dos índices de mortalidade infantil, de 168 em 1000 nascidos

vivos em 1930, para 150 em 1940, sendo que os esforços para diminuir com a mortalidade infantil eram direcionados para os centros urbanos.(Fonseca, 1993).

Com o incentivo à gravidez e o aumento do número de integrantes nas famílias os índices foram ainda mais agravados, principalmente com baixas condições de saúde, em especial para a mulher e para a criança. A mulher era vista como um ser procriador e não tinha condições mínimas durante a gestação, no momento do parto e do puerpério. E ainda na continuidade dos cuidados com ela e com a criança após o seu nascimento. (Fonseca, 1993).

A partir de 1964, a saúde passou a ser tratada com um pensamento mais preventivo. O incômodo do governo eram os péssimos índices de mortalidade materna e infantil, e o aumento exagerado da população. Com a criação do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), em 1975, aprova-se a intervenção com uso de cesárias e ligaduras e o uso de procedimentos contraceptivos desejado pelas mulheres visando reduzir as proporções de morbidade e mortalidade materna e infantil. (Santos Neto et al., 2008).

Tanto as proporções de mortalidade infantil quanto as proporções de controle de natalidade foram reduzidas, após a implantação do programa. Em 1975, morria 100 crianças a cada 1000 nascidos vivos, em 1980, reduziu para 82,9 mortes a cada 1000 nascidos vivos. Já o controle de natalidade, não foi diferente, também apresentou melhora nos índices, que em 1950 era de 6,2 filhos para cada mulher, em 1970, para 5,8, e, em 1980, para 4,2. (Vieira et al., 2002).

Mesmo com a melhoria desses índices na época da ditadura militar, e era visível o crescimento populacional. Estudiosos da Unicamp com uma grande prática assistencial, já vinham desde anos 70, discutindo sobre as condições necessárias de atendimento integral às mulheres, e unindo-se a um grupo feminista da época, apoiaram na definição das normas programáticas do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), surgido em 1984.(Osis, 1998)

A atenção à saúde da mulher no Brasil, observada sobre o olhar das políticas públicas, sempre teve seu enfoque naquela mulher que era uma reprodutora com qualidade, que fornecesse, crianças que seriam os futuros trabalhadores, por isso tinha práticas voltadas para mãe e recém-nascido somente, até o surgimento do PAISM. (Osis, 1994). Os ideais preconizados para o programa eram a regionalização, municipalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços. Abrangia também ações de prevenção, de diagnóstico, tratamento, recuperação e ações de educação. Previa a assistência ginecológica global à mulher, como consultas, exames, acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério, no

climatério, com prevenção de doenças transmissíveis, prevenção de câncer de mama e colo de útero. (Paz & Salvaro, 2011).

Um fato relevante a se destacar é que esse programa tem fortemente arraigado em seus conceitos a integralidade do cuidado à mulher, extrapolando os limites da atenção pré-natal e alcançando cuidados da adolescência até a terceira idade. (Paz & Salvaro, 2011).

Segundo (Serruya et al., 2004), a concepção da política foi bem projetada, mas a não implantação em todo território nacional, foi um impeditivo para que o programa fosse agente transformador da saúde das mulheres no país. Sua implementação teve privações financeiras, políticas e operacionais.

A partir daí, o PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento) surgiu através da Portaria/GM nº 569, cujos princípios rezam o prevalecimento de ideais de humanização e direito à reprodução. (BRASIL, 2000a).

Anteriormente a uma definição política, já eram realizadas algumas ações que tinham esse propósito humanizado no acolhimento à parturiente, desde do ciclo do pré-natal, seu direcionamento para a maternidade, a ambientação do recém-nascido junto à sua mãe. Partindo do princípio de uma concepção mais afetiva e não como uma linha de produção como eram os procedimentos de parto. (Diniz, 2005)

Em 1994, surge no Rio de Janeiro, denominada de Leila Diniz, a primeira maternidade pública conhecida como humanizada. Em 1998, foi criado o prêmio Galba Araújo para as maternidades humanizadas, e em 1998, as Casas de Parto. O prêmio só era fornecido para aquelas maternidades que seguiam as recomendações da OMS, tais como: controle do número de parto cesáreo; acolhimento pelas enfermeiras aos partos de baixo risco; presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto. (Diniz, 2005).

Ainda (Diniz, 2005) diz que: *“A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos”*.

Para (Deslandes, 2004), as principais ideias de humanização dizem respeito a uma contrariedade à violência, o que quer dizer que deve ser evitado técnicas que possam causar sofrimento à gestante, a proposta é ter um aumento de um serviço de qualidade; a articulação dos avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional, e ampliação do processo de conhecimento e comunicação.

Outro conceito, (MS, 2000a), diz que humanizar *é garantir à palavra a sua dignidade ética, em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras*

necessitam ser reconhecidas pelo outro, dado que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes. (Betts, 2003).

Outro aspecto importante que foi alavancado com o ato de tratar o paciente com princípios humanizados foi o atrelamento entre programas e ações que gerem qualidade na atenção-satisfação do usuário. Essa busca da qualidade dos serviços e a importância dada a experiência do paciente são questões fundamentais durante a atenção. São pontos prioritários: a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000), dentre outros. (Benevides & Passos, 2005).

A principal proposta do SUS, quando ele foi criado, foi consolidar políticas de rede que atuem em propostas de continuidade do pensamento integral e coletivo dos serviços de saúde públicos. (Benevides & Passos, 2005)

Uma dessas fontes de inovação de gestão e atenção, num caminho percorrido há mais de 25 anos, temos o que no Brasil chamamos de Humanização do parto. Ter um parto humanizado faz com que a relação humana seja mais rica e com um menor sofrimento, usando de tecnologias menos danosas e doloridas, que haja uma maior comunicação de qualidade entre as parturientes e seus cuidadores. (Diniz, 2005)

Dentro do conceito de responsividade, os pontos de satisfação do usuário são avaliados sobre o aspecto de responsabilidade da instituição perante o direito a um atendimento de qualidade pelo usuário. Dignidade, confiabilidade, autonomia, apoio social, comunicação/informação, agilidade, instalações/ambiente físico e, escolha, são fatores prioritários. A OMS propôs a partir de 1990, a assinatura pelos países membros da Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa. (Vaitsman & Andrade, 2005).

No final da década de 1990, o conceito de humanização foi estabelecido como princípio de dois programas de saúde no setor público brasileiro, o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN* (MS, 2002) e o *Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNAHAH* (MS, 2001), culminando com a Política Nacional de Humanização – PNH (MS, 2003).

Como uma necessidade de amenizar a insatisfação dos usuários e dos profissionais nas inúmeras áreas do atendimento hospitalar, e a falta de continuidade da atenção após parto, foi

criado o PNHAH. Em relação ao usuário, este buscava serviços ágeis, eficientes e satisfatórios; e com relação aos profissionais, esses buscavam ambientes mais dinâmicos, com métodos de trabalho mais organizados e tecnológicos, sem deixar de lado o aspecto de qualificação e do tratamento mais humanizado. (Diniz, 2001).

Esses programas vieram para somar esforços aos movimentos feministas da época impondo a criação de rotinas e procedimentos pelos órgãos de saúde que deveriam ser obrigatoriamente seguidos para um melhor acolhimento e um tratamento mais humanizado a essa parturiente durante todo o ciclo gravídico, nascimento, com o uso de musicoterapia, brinquedoteca, atenção psiquiátrica, entre outros. (Serruya et al., 2004).

Segundo (P. de T. Puccini & Cecílio, 2004), o Brasil passou adotar esse movimento pela gestão da qualidade no setor público, em 2001, com a criação do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade.

Com relação à satisfação das mulheres, muitos estudos apontam que o parto rápido, com menos dor, o tratamento harmonioso da equipe, a presença do acompanhante, e o bebê estando perto, no momento do parto e durante a internação, trazem respostas mais positivas, com um resultado que eleva o grau de satisfação. (Riley, 1977, *apud* Reid).

Muitos estudos também apontam sinais de violência expressas como: violência verbal com gritos, ameaças, tratamento grosseiro; violência física; abuso sexual e negligência. Sinais contrários a esses em muitos estudos contribuem para o aumento de satisfação dessas mulheres. (Domingues et al., 2004).

Desde o final da década de 1970, até os dias atuais o tema da assistência ao parto e o direito das mulheres é debatido por organizações como OMS ou em conferências. O debate acontece em torno de melhores práticas do parto, como a liberdade de escolha da melhor posição para o nascimento; influência de opinião das mulheres no desenho e na avaliação de programas e análise de certos procedimentos médicos durante a execução do parto, e também com a liberdade de escolha da parturiente sobre o parto vaginal ou cesáreo. (Patah& Malik, 2011).

Debates envolvendo a forma de se fazer o parto e sua assistência, principalmente no que tange a realização de cesáreas, ocorrem desde 1980. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), *o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos. Dessa maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário.* (Patah& Malik, 2011).

Apesar dessa recomendação, a incidência do parto cesáreo está aumentando em diversos países, o que motiva muitos estudos internacionais e nacionais. A cesárea é uma intervenção cirúrgica originalmente concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto. Essa intervenção não é isenta de risco, a despeito das melhorias na segurança dessa operação. (Patah& Malik, 2011).

Antes só realizada em mulheres pós óbito para salvar a vida do feto, a cesariana passou a proporcionar segurança à gestante e a seu filho em situações de maior complexidade. Enquanto a maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser evitada na ausência de indicação médica, outros relatam que melhorias nas técnicas cirúrgicas, medidas de prevenção de infecção e transfusões sanguíneas permitiriam indicar o procedimento também para a satisfação dos anseios da mãe e/ou da família. (Patah& Malik, 2011)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 140 milhões de nascimentos acontecem ao ano no mundo; a maioria, sem identificação de fatores de risco. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que as cesáreas sejam minimamente benéficas quando mulheres ou bebês não enfrentam problemas importantes. No Brasil, entretanto, a ordem natural está invertida. (Patah& Malik, 2011)

Em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. Segundo a OMS, o País detém a segunda maior proporção de cesáreas do planeta com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a proporção é de 56%. Para ter uma noção melhor do exagero, a proporção de cesáreas na Europa é de 25%, e nos EUA, 32,8%. Ainda em 2016, a OMS já alertava que a situação já é vista como uma "epidemia". (Patah& Malik, 2011).

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a proporção proposta de cesáreas fique entre 10% e 15%. César Fernandes, presidente da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), compreende que realmente é preciso mudar o padrão atual, segundo ele, “Desde que esteja correndo tudo bem, o melhor parto para essa mulher, certamente, é o normal”. Quando não for possível, e for mandatória a realização de uma cesárea, que se façam apenas quando benéfica para ambos a mãe e o recém-nascido. (Patah& Malik, 2011).

Os modelos de atenção ao parto que são adotados no mundo estão divididos em três categorias: o modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetizes, encontrado nos EUA, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e

regiões urbanas do Brasil. O chamado modelo “humanizado”, modelo menos medicalizado, caracterizado pela maior participação de obstetrizes e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos. E o modelo intermediário, encontrado na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália. Atualmente, quase um quarto dos nascimentos do Brasil ocorre nos serviços hospitalares privados, e as proporções de cesárea no sistema de saúde privado atingem proporções ao redor de 80%. Já no sistema público, que oferece assistência à maioria da população, as proporções de cesárea chegam em média a 35%. (Patah& Malik, 2011).

Nos dias atuais, aproximadamente um quarto dos nascimentos do Brasil acontecem nas instituições hospitalares privadas, e as proporções de cesáreas nesse sistema privado giram em torno de 80%. Já no sistema público, que oferece assistência à maioria da população, as proporções de cesárea chegam em média a 35%.(Patah& Malik, 2011).

De acordo com a enfermagem, o parto humanizado acontece a partir da recepção até a saída da parturiente. Não usar métodos de indução de parto ou a lavagem intestinal, evitar a dor, e o sofrimento. Estudos realizados na Inglaterra e Estados Unidos demonstraram que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras apresentam menores índices de cesarianas, de uso de fórceps, de indução do parto, controle eletrônico do foco e menor frequência do uso de medicação, o que reflete no nascimento de bebês apresentando melhores índices de Apgar. (de Castro, J. C., &Clapis, M. J, 2005).

Para a parturiente, o processo de humanização ao acolhimento do parto teve seu valor agregado quando em Abril de 2005, foi criada a Lei Nº 11.108, que liberava, a desejo da mesma, que o seu acompanhamento ficasse com a parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas instituições de saúde, inclusive as do SUS. (BRASIL, 2005b). Outro aspecto importante foi a orientação que o recém-nascido fique no mesmo quarto da mãe, em alojamento conjunto todo o tempo e não somente para amamentar, exceto aqueles que tenham necessidade de Unidade de Terapia Intensiva-UTI.

Visando ampliar o programa para os Estados e Municípios, o Governo Federal estabeleceu o valor de R\$10,00 para cada atendimento inicial à gestante, e de R\$40,00 na conclusão do pré-natal; todavia, requisitos mínimos tinham que ser cumpridos, que seriam: realizar a 1ª consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, 6 consultas de pré-natal, preferencialmente uma no 1º trimestre, duas no 2º, e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento e exames laboratoriais. (BRASIL, 2000b, p. 6-7).

O SISPRENATAL (Sistema Eletrônico para Coleta de Informações sobre o Acompanhamento das Gestantes atendidas no SUS) do DATASUS foi criado para ser o instrumento de centralização das informações pelas instituições dos Estados e Municípios desde o início da gravidez até o puerpério, discriminando todo o estado geral da parturiente. Com isso, foi possível repassar corretamente o dinheiro de acordo com a necessidade de cada região.(Viellas et al., 2014).

Mesmo com todo incentivo, o PHPN não obteve muitos êxitos com relação à redução dos índices morbimortalidade materna e neonatal. Houve um acréscimo no número de consultas ao pré-natal, porém, os atendimentos se concentram nos grandes centros urbanos, eram pouco decisórios, continuavam restritos e não muito humanizados. (TREVISAN, 2002; COIMBRA, 2005; SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005).

Para diminuir esses indicadores, o Governo Federal lançou em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que tinha que minimizar em 5% essas mortes por ano. Neste sentido, houve decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal e no respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; nas questões de gênero. Outros fatores importantes para a condução do pacto a serem considerados são: o aspectos étnicos e raciais, além da necessidade da de atender as desigualdades sociais regionais, com a mobilização, participação de gestores e organizações sociais. (BRASIL, 2004).

Em continuidade ao objetivo de melhorar seus processos e assistência à saúde da população, o Governo Federal continuou com esforços para melhorar o financiamento e a abrangência dos serviços de saúde, principalmente no que tangia à assistência materna e infantil. Neste sentido, foi criado as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, com diferencial importante de interligar os diferentes serviços em um único propósito. (BRASIL, 2010).

Em 2011, pela Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, com objetivo de promover a melhoria na assistência materno infantil no Brasil. A estrutura de serviços de saúde que integram essa rede tem como o objetivo aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento e a redução da proporção de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011e).

A Rede Cegonha tem como princípios o respeito, a proteção na assistência materna infantil, com preservação dos direitos humanos. Prevê ações para a ampliação e melhoria do

acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto e transporte, da realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro e da atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolubilidade. Essas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. (BRASIL, 2011e).

A proposta do governo foi disponibilizar 9,4 bilhões de reais para amparar os dois milhões de gestantes atendidas pelo SUS. Esse valor foi liberado para ser aplicado na construção de uma rede de cuidados primários para a saúde da mulher e de crianças, com início do atendimento na Amazônia e na região Nordeste, locais que registram as maiores proporções de mortalidade materna e infantil no País (BRASIL, 2011f).

Englobar os exames realizados e aperfeiçoar o tratamento de doenças definidas no escopo do programa PNTN (Programa Nacional de Triagem Neonatal) também é um dos objetivos da Rede Cegonha. Inclusive qualificar os profissionais enfermeiros e obstetras através do PRONAENF (Programa Nacional de Triagem Neonatal) no tratamento completo de ciclo gravídico e pós-parto, até as crianças de 02 anos de idade, com um formato dinâmico, estruturado e humanizado. (BRASIL, 2012d).

Após a análise de programas brasileiros de incentivo aos cuidados maternos infantil, por parte do Ministério da Saúde e iniciativas Governamentais e Municipais, é importante destacar os Programas que foram implementados no Município de São Paulo com esses objetivos.

O SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)) tem por objetivo reunir informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional. Foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde/DATASUS visando reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos. A fonte dos dados é a Declaração de Nascido Vivo, padronizada pelo Ministério da Saúde, com 52 campos, entre as quais podem ser destacadas: duração da gestação, peso do recém-nascido, idade da mãe, local de ocorrência e tipo do parto. A partir da base de dados do SINASC é possível: Conhecer o perfil de nascidos vivos, identificando seus diversos aspectos: peso ao nascer, condições de vitalidade, idade da mãe, prematuridade, distribuição espacial e temporal, entre outros. Subsidiar para o desenvolvimento de ações para melhorar o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, identificando situações de risco. Calcular indicadores tais como percentual de partos cesarianas, nascidos vivos com baixo peso e por faixa etária da mãe. O número de nascidos

vivos também é utilizado como denominador para cálculo da cobertura vacinal, coeficiente de mortalidade infantil e materna.

Trata-se de um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS, muito útil na tabulação de dados e informações de saúde (TABNET) e no cruzamento de informações de forma rápida, possibilitando aos gestores, estudantes e público em geral obter informações diversas no âmbito do SUS, sendo importante na gestão das políticas de saúde (DATASUS, 2011).

Como o principal objeto desse sistema são os dados da DNV, cabe definir o que é Nascido Vivo: “Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva” (Organização Mundial da Saúde, 1999).

A implantação do SINASC ocorreu de forma lenta e gradual, a partir de 1990, em todas as Unidades da Federação. No município de São Paulo, o SINASC foi implantado no ano 1999, com o objetivo de registrar todos os nascimentos vivos ocorridos no município. É gerenciado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal da Saúde, juntamente com as 26 Supervisões Técnicas de Saúde, que consolidam as bases de dados digitadas pelos estabelecimentos de saúde onde ocorrem partos na cidade de São Paulo e por cartórios (partos domiciliares). Em 2004, a coleta de dados e o fluxo do SINASC foram regulamentados pela Portaria SMS.G nº 325.

HM - Hospital Municipal; 2 Hospital de Campanha COVID 19; 203 unidades de Saúde Mental sendo 93 CAPS; 26 unidades de DST/ AIDS; 35 unidades de Saúde Bucal; 33 unidades de Reabilitação; 44 SAD - Serviço de Atenção Domiciliar; 12 URSI - Unidade de Referência Saúde do Idoso; 06 CRST - Centro de Referência Saúde do Trabalhador; 6 PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; 7 Unidade de Apoio Diagnose e Terapia; 5 Outros Estab/ Serviços Especializado; 30 Vigilância em Saúde. No total de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde Município de São Paulo, abril de 2020* - 1000 estabelecimentos.

Os 22 HM - Hospital Municipal são assim distribuídos: 3 na CRS Centro; 4 na CRS Leste; 5 na CRS Norte; 1 na CRS Oeste; 6 na Sudeste; 3 na CRS Sul. (Fonte: MS/DATASUS-CNES; SMS/CEInfo- ESTABSUS – 11/05/2020).

Ao longo desse período, observou-se que o número de registros no SINASC é maior que o número obtido pelos Cartórios de Registro Civil, o que demonstra uma boa cobertura do SINASC e uma demora no registro das crianças. Em 2003, para facilitar o acesso ao Registro Civil, foi regulamentado o deslocamento diário de Oficiais do Registro Civil para as maternidades públicas ou particulares com o objetivo de proceder ao registro do nascimento nas dependências desses estabelecimentos de saúde (Provimento nº 3/2003).

A implantação do SINASC requereu um planejamento estratégico para responder às dimensões da cidade e seu elevado número de hospitais e maternidades, públicas e privadas, que realizavam partos. Iniciou com um Projeto Piloto, priorizando a região que apresentava maior ocorrência de partos e posteriormente expandiu para as demais áreas. As equipes técnicas realizavam treinamento para preenchimento e digitação das Declarações de Nascido Vivo, documento base deste sistema de informação e instalavam o sistema operacional SINASC para a digitação dos dados em cada maternidade e hospital, objetivando minimizar ao máximo a subnotificação e a defasagem de tempo dos registros.

Paralelamente, iniciou-se o processo de coleta de informações de Nascidos Vivos junto aos Cartórios, para identificar nascimentos ocorridos no domicílio. A partir de 2011 houve uma reorganização do fluxo de informações dos Ofícios de Registro Civil junto a Secretaria Municipal da Saúde, regulamentado por Ofício circular 280/2011 , expedido pelo Juiz Corregedor da 2ª Vara de Registros Públicos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e acordado com a Associação dos Registradores de Pessoas Naturais do Estado de São Paulo (ARPEN). Estabeleceu-se, entre outros, a obrigatoriedade da notificação mensal via e-mail, podendo ser negativa ou positiva, quando da ocorrência de registro de nascimento

domiciliar. Ressalta-se que os cartórios também recebem formulários de DN e são devidamente orientados a preenchê-los.

No decorrer dos anos várias estratégias foram adotadas para aprimorar a qualidade da coleta e da digitação das informações, assim como para estabelecer vínculos com supervisões técnicas de saúde, hospitais públicos e privados, cartórios e, mais recentemente, profissionais autônomos que prestam assistência ao parto no domicílio (médicos e enfermeiras obstetras e obstetrizas), determinando processo de colaboração mútua, fundamental para o alcance dos objetivos.

Desde 2005, vem ocorrendo processo de educação permanente com realização de treinamentos e capacitações individuais e coletivas, reuniões e visitas de supervisão aos hospitais, seminários e cursos voltados ao aprimoramento do diagnóstico das anomalias congênitas para médicos e enfermeiros, para seu devido apontamento no SINASC, em parceria com o Departamento de Genética da UNIFESP.

Outro diferencial foi estabelecer canais diretos de comunicação por telefone, por e-mail ou mesmo contato pessoal, para atendimento e acolhimento das solicitações de qualquer natureza demandadas por hospitais.

A partir do SINASC do município de São Paulo foi implantada a notificação do nascimento de crianças às unidades básicas de saúde, regulamentada pelo Decreto nº 43.407, 1º de julho de 2003, no sentido de melhorar o atendimento aos recém-nascidos considerados de risco, de acordo com os seguintes critérios: peso ao nascer inferior ou igual a 2 Kg, Apgar no 5º minuto igual ou inferior a 5 e mãe com idade inferior a 16 anos.

Com relação à estrutura de estabelecimentos do SUS, que alimentam os dados do SINASC, é importante descrever sobre o Programa Mãe Paulistana.

No ano de 2001, a Lei Municipal Nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, regulamentava o Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido no Município de São Paulo. Em 2006, pelo Decreto municipal Nº 46.966, de 2 de fevereiro de 2006, regulamentou essa Lei, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo.

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana tem por objetivo o desenvolvimento de ações e serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (RN), promovendo o acesso às ações e serviços e à qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Município de São Paulo.

Foram instituídos por esse Decreto: I - o Sistema de Certificações e Recertificações dos Serviços e Profissionais de Saúde, integrado à Rede de Proteção à Mãe Paulistana; e II - a Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Mãe Paulistana.

O Art. 5º do referido Decreto de 2006, diz que: Art. 5º. A Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Mãe Paulistana, a que se refere o inciso II do artigo 4º deste decreto, tem por finalidade organizar e regular o sistema de assistência obstétrica e neonatal, estabelecendo ações que integrem todos os níveis dessa assistência, adotando mecanismos de regulação e definindo os fluxos de funcionamento da rede de serviços de forma hierarquizada. A qual compete à Secretaria Municipal da Saúde, em seu Art. 6º, I - estruturar e garantir o funcionamento da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Mãe Paulistana.

Foi através desse Decreto que ficou instituído o direcionamento da gestante para a maternidade; onde foi criado um cartão para gestante com direito ao transporte urbano para idas e vindas nas suas consultas; e cabe ainda destacar, o acesso aos enxovais básicos para o RN nas maternidades públicas, conveniadas ou contratadas do Sistema Único de Saúde - SUS, integrantes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana.

Com a necessidade de qualificar ainda mais a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido, a Prefeitura Municipal de São Paulo, atualiza no final de 2019 e início de 2020, iniciativas complementares as já existentes pela Rede de Proteção à Mãe Paulistana, através das Portarias: Portaria da Secretaria Municipal de Saúde – SMS – Nº 1.187, de 26 de Dezembro de 2019; e Portaria da Secretaria Municipal da Saúde – SMS – Nº 120 de 11 de Março de 2020.

A ampliação e qualificação do Programa Mãe Paulistana, que tem como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil. Um dos pilares do programa é o estímulo ao nascimento humanizado que agora se estende também aos familiares das parturientes. Outro ponto importante das mudanças no programa é o aumento de um ano na vigência do programa, que continua garantindo assistência durante todo o ciclo de gravidez do pré-natal ao puerpério, agora se estendendo até o segundo ano de vida do bebê.

O programa foi ação fundamental para a eliminação da transmissão vertical do HIV. Esse tipo de transmissão pode acontecer durante a gestação, o parto e puerpério – caso os procedimentos preventivos não forem seguidos – e ainda na amamentação. A cidade de São Paulo foi certificada pelo Ministério da Saúde (MS) como município que eliminou a transmissão vertical do HIV, conforme anúncio em 14/11, pelo órgão federal. Apenas outras

duas cidades do País haviam obtido esta certificação: Curitiba e Umuarama. Isto demonstra a importância de uma assistência qualificada na saúde das gestantes e dos bebês.

As principais diretrizes da Rede de Atenção Materno-Infantil Mãe Paulistana são captação precoce da gestante (até a 12ª semana de gravidez.), garantia de sete ou mais consultas de Pré-Natal, realização de exames laboratoriais e ultrassonografia, testes rápidos para Sífilis e HIV, pactuação de Pré-Natal de risco transporte público gratuito (cartão SPTrans), visita antecipada à maternidade de referência para o parto, grade de parto acessível, agendamento pela maternidade e garantia da consulta da puérpera e da primeira consulta do recém-nascido, bolsa e enxoval para o recém-nascido e certificação de qualidade da UBS e da Maternidade.

Exames e tratamentos, se necessário, para os recém-nascidos são garantidos, como: triagem auditiva; fisura labiopalatal, displasia coxofemoral; e hispospádia(malformação genética na uretra dos meninos) e tratamento de pé torto, nas redes próprias do SUS e em serviços conveniadas.

Atualmente, a Rede de Proteção à Mãe Paulistana está presente em 467 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 23 Ambulatórios Especialidades, **35 maternidades**, sendo **16 sob gestão municipal duas Casas de Parto**.

3. MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

3.1.1 Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com abordagem descritiva

O Estudo Epidemiológico descritivo é um estudo observacional, no qual a unidade analisada é um grupo de pessoas ou uma população, em geral pertencente a uma área geográfica definida. Os objetivos desses estudos são determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Esse estudo utiliza dados secundários e freqüentemente são realizados compatibilizando-se diferentes bases de dados (ex: SINASC, SINAN, SIH-SUS, SIM, IBGE), relativas a grandes populações. (Rothman, K. et al, 2016).

3.1.2 Fontes de informação

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

3.1.3 Ética

Este estudo não necessitou de apreciação por um Comitê de Ética, pois os dados são de domínio público, de forma agrupada, sem informações nominais, pertencentes ao banco de dados do SINASC da Prefeitura do Município de São Paulo. No entanto, ressalta-se que foram tomados os cuidados éticos que preceituam a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3.2. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir do aplicativo desenvolvido pelo DATASUS, chamado TABNET – Informações de Saúde – Tabulações Online, hospedado no Site da Prefeitura Municipal de São Paulo, na página da CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria de Saúde do município de São Paulo.

As variáveis foram coletadas no período de 2004 a 2012, segundo CRS (Coordenadoria Regional de Saúde) da residência da mãe de acordo com cada variável a ser analisada e selecionado NV de mães residentes MSP.

As seguintes variáveis foram analisadas separadamente a cada ano:

- a) na avaliação do perfil da mãe de nascidos vivos residentes no município de São Paulo foram obtidos os dados de local de ocorrência do parto, faixa etária da mãe,

escolaridade da mãe, situação conjugal da mãe, número de consulta pré-natal, período gestacional, tipo de gravidez, tipo de parto, de mães residentes no município de São Paulo;

- b) para a avaliação do Perfil dos nascidos vivos, de mães residentes no município de São Paulo foram obtidos os dados de sexo, peso ao nascer, Apgar 1º minuto, Apgar 5º minuto e presença de anomalia congênita;
- c) a avaliação do perfil dos nascidos vivos, de mães residentes no município de São Paulo, por coordenadoria de saúde, as variáveis número de consulta pré-natal, peso ao nascer, e tipo de parto, nos anos de 2004 a 2012, enfatizando a análise antes e após a implantação do Programa Mãe Paulistana, sendo o mesmo iniciado no ano de 2006.

3.3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Após seleção dos dados, o número de nascidos vivos, segundo cada variável foi digitado em planilha de Excell, no período de 2004 a 2012. A análise foi realizada com o cálculo do número total, proporções, diferenças e médias.

De acordo com o Perfil desejado, foram calculados esses valores para o Município e também para as Coordenadorias.

Os dados ignorados foram diminuídos do TOTAL.

3.3.1 Cálculo da diferença proporcional

A diferença foi calculada da seguinte forma, podendo ser positiva ou negativa:

$$\frac{(n)2012 - (n) 2004}{(n)2012 * 100} = \text{valor com 2 casas decimais}$$

3.3.2 Cálculo da média

A proporção¹ de cada ano foi calculada da seguinte forma:

$$\frac{(n) \text{ do ano}}{(n) \text{ total do ano}} * 100 =$$

A média das proporções: Média(%ano2004+;%ano2005+...;%ano2012) / n total de anos.

Após serem coletados os dados, serem realizadas as MÉDIAS E AS DIFERENÇAS, os dados foram preparados em tabelas e gráficos para serem analisados os resultados.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS DE PESQUISA

É apresentado a seguir o perfil dos nascidos vivos de janeiro de 2004 a Dezembro de 2012, de mães residentes no município de São Paulo, obtidos a partir do banco de dados do SINASC da Prefeitura de São Paulo. Desse período estudado, foram analisados dados referentes à 1.555.545 de recém-nascidos de mães residentes nesse município.

De acordo com os objetivos específicos da pesquisa, os dados dos nascidos vivos foram selecionados a partir do local de residência materna, sempre combinado com cada variável correspondente ao perfil da mãe e ao perfil do nascido vivo. E ainda, no terceiro objetivo específico, os dados dos nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo, foram selecionados também por coordenadoria de saúde, nos anos de 2004 a 2012, enfatizando a análise dos dados antes e após a implantação do Programa Mãe Paulistana, no ano de 2006.

Para o perfil da mãe de nascidos vivos, foram obtidos os dados de: local de ocorrência do parto, faixa etária da mãe, escolaridade da mãe, situação conjugal da mãe, número de consulta pré-natal, período gestacional, tipo de gravidez, tipo de parto, de mães residentes no município de São Paulo, nos anos de 2004 a 2012, mostrados nas tabelas 01 a 08 e gráficos 01 a 08.

¹a média traduz o % (percentual), ou seja, o número de vezes que aquele evento ocorreu. O percentual (%) também deve ser analisado de acordo com cada variável. Se houve um aumento de percentual, pode ser negativo para a análise daquela variável.

Para o perfil dos nascidos vivos, de mães residentes no município de São Paulo, foram obtidos os dados de sexo, peso ao nascer, Apgar 1º minuto, Apgar 5º minuto e presença de anomalia congênita, nos anos de 2004 a 2012, mostrada nas tabelas 09 a 13 e gráficos 09 a 13.

Ainda, foram obtidos os dados de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo, por coordenadoria de saúde, das seguintes variáveis: número de consulta pré-natal, peso ao nascer, e tipo de parto, nos anos de 2004 a 2012, enfatizando a análise antes e após a implantação do Programa Mãe Paulistana, sendo o mesmo iniciado no ano de 2006, conforme mostrado nas tabelas 14 a 31.

Os dados foram analisados e apresentados em tabelas e gráficos, respectivamente, para cada variável avaliada. As tabelas e gráficos foram montadas observando o número total de nascimentos por cada variável e o percentual, a diferença total e o percentual total de cada ano, no município de São Paulo, entre os anos de 2004 a 2012.

4.1 PERFIL DA MÃE DE NASCIDOS VIVOS, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 2004 A 2012 – TABELA E GRÁFICO DE 01 A 08

De acordo com a Tabela 01 e o Gráfico 01, o **local de ocorrência** desses nascimentos, foi predominantemente o ambiente hospitalar. O que equivale dizer que a média foi de que 99,45% das mães tiveram acesso à atenção hospitalar no momento do parto. Observando a diferença entre o ano de 2012 e 2004, vimos um aumento progressivo dos nascimentos em ambiente hospitalar com aumento de 0,58%. Os nascimentos em domicílio são em pequena quantidade, entretanto houve aumento significativo em 2012, com crescimento de 62,86%, com relação ao ano de 2004. Já o nascimento em outro estabelecimento de saúde apresentou diferença negativa de -43,14%, comparado com os nascimentos de 2004.

De acordo com a Tabela 02 e o Gráfico 02, a **faixa etária materna** predominante é a de 25 a 29 anos, contribuindo para uma média de 25,68%, entre o total de nascidos vivos de cada ano, de 2004 a 2012. A faixa etária de 20 a 24 anos das mães representou um percentual médio de 24,34% e na faixa de 30 a 34 anos, percentual médio de 21,48% , no período estudado. As mães com a faixa etária de 15 a 19 anos apresentaram proporção média de 13,46%. , de 2004 a 2012, Ou seja, isso quer dizer que as mães que geraram mais nascidos vivos, com uma média crescente nos anos de 2004 a 2012, estavam entre as faixas etárias de 25 a 29 anos, 20 e 24 anos, 30 a 34 anos e 15 a 19 anos, respectivamente. As demais faixas

etárias não apresentaram uma média proporcional de crescimento considerável, mantendo-se mais estáveis. Com relação a diferença(%), comparando os anos de 2012 e 2004, os resultados podem ser positivos ou negativos, quando há redução de valores. Nesse caso, o número de mães de nascidos vivos, residentes no município de São Paulo, com a faixa etária de 45 anos e +, cresceu 44,96%. As mães com a faixa etária de 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, e 30 a 34 anos, respectivamente, tiveram uma diferença(%) positiva, de 24,63%, 23,98% e 18,12%. As mães com a faixa etária de 20 a 24 anos, de 15 a 19 anos, e 25 a 29 anos, apresentaram, diferença negativa de -15,04%, -9,18%, e -3,62%.

De acordo com a Tabela 3 e Gráfico 3, quanto ao **grau de escolaridade da mãe**, 55,47% das mães estudaram entre 8 a 11 anos, ou seja, elas possuem no mínimo o Ensino Médio completo. Com 22,12% vem as mães com a escolaridade acima de 12 anos e mais, o mães com curso superior completo ou incompleto. O percentual de mãe com nenhum ensino e com o primário se manteve entre os 0,46% e 2,84%, respectivamente. Analisando ao longo dos anos, houve uma queda significativa das mães com baixa escolaridade. Houve uma queda de 76,69%, de mães com nenhuma escolaridade, -71,85% para mães com o primário e -51,15% com o ensino fundamental incompleto. Já para mães com ensino completo e superior completo, houve um aumento de 30,85 e 31,11.

De acordo com a Tabela 04 e Gráfico 04, com relação a **situação conjugal da mãe**, foi observado que em sua maioria, com 57,28% são mães solteiras. As mães casadas contemplam 37,60% do total. As mães com união estável correspondem a 3,60%, as separadas judicialmente e divorciadas são 1,30% e as viúvas 0,22%. Ao longo do período analisado, houve queda no percentual de mães viúvas; solteiras e casadas, com -45,92%, -16,36% e -0,88% respectivamente. Já para as mães com união estável, houve um aumento significativo de 162,36% e para as separadas judicialmente ou divorciadas aumento de 15,51%.

De acordo com a Tabela 05 e Gráfico 05, o **número de consulta pré-natal**, predomina as mães que realizaram 7 consultas e + de pré-natal, com uma média de 73,49%, 20,61% entre 4 a 6 consultas de pré-natal. 4,54% das mães fizeram apenas 1 a 3 consultas e 1,36% não realizam o pré-natal. Houve uma queda -22,94% na proporção de mães que não fizeram consulta no pré-natal, e uma redução de -22,03% para aquelas fizeram 4 a 6 consultas de pré-natal e -9,38% de 1 a 3 consultas. Entretanto, o número de mães que fizeram 7 consultas e + aumentou 14,57% ao longo dos anos de 2004 a 2012.

De acordo com a Tabela 06 e Gráfico 06, o **período gestacional** predominante é de 37 a 41 semanas, o que equivale que 89,90% dos nascimentos . Depois vem o período de 32 a 36 semanas com 7,84%, 28 a 31 semanas, com média 0,90%. A gestação de 42 semanas e + tem média de 0,81%, 22 a 27 semanas média de 0,51% e < 22 semanas, com média de 0,04%. Em análise da diferença ao longo dos anos, o período de 37 a 41 semanas houve uma queda de -4,57% no número de nascimentos dentro desse período gestacional. Já para o período de < de 22 semanas houve um aumento de 218,18% no número de nascimentos. Esse intervalo é caracterizado como prematuridade. No intervalo de 42 semanas e +, houve um aumento de 209,58% no número de nascimentos. No período de 32 a 36 semanas, houve um aumento de 49,11%, crescimento também observado entre 28 a 31 semanas (20,42%.) e entre 22 a 27 semanas (11,88%).

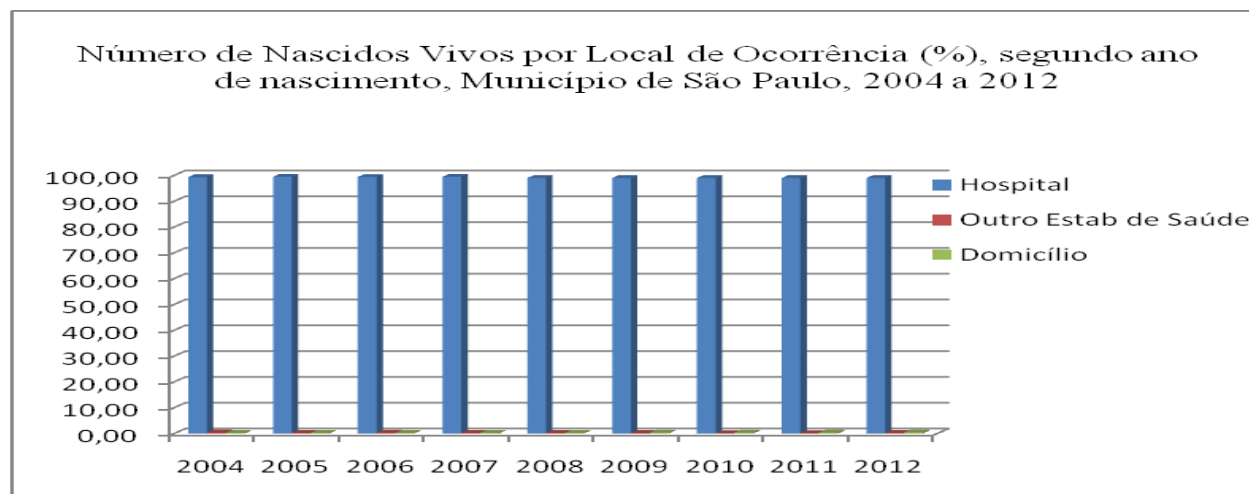
De acordo com Tabela 07 e Gráfico 07, predomina o **tipo de gravidez**, única, com 97,54%. A gestação dupla foi percebida em uma média de 2,35%. A tripla e + com 0,11%. A gestação tripla e + teve uma queda de 32,05% comparando o último e o primeiro ano , elevando os índices da gestação única para 0,32% e 17,78 para a gestação dupla.

De acordo com a Tabela 08 e o Gráfico 08, com relação ao **tipo de parto**, o parto cesáreo acontece em maior quantidade que o parto vaginal. O parto cesáreo ocorreu em uma média de 52,55% e o parto vaginal com uma média de 47,45%. Em 2012 o parto cesáreo aumentou 10,53% e o parto vaginal diminuiu -9,00%, com relação ao ano de 2004.

Tabela 01. Número de Nascidos Vivos por Local de Ocorrência (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Local de Ocorrência	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Diff(%)	Média (%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hospital	173.678 (99,39)	170.582 (99,47)	165.688 (99,41)	170.619 (99,48)	172.528 (99,48)	172.844 (99,47)	173.291 (99,49)	175.396 (99,47)	174.678 (99,40)	0,58	99,45
Outro Estab de Saúde	649(0,37)	465(0,27)	575(0,34)	446(0,26)	426(0,25)	349(0,20)	294(0,17)	277(0,16)	369(0,21)	-43,14	0,25
Domicílio	420(0,24)	447(0,26)	407(0,24)	451(0,26)	484(0,28)	579(0,33)	587(0,34)	652(0,37)	684(0,39)	62,86	0,30
Total	174.747(100,00)	171.494(100,00)	166.670 (100,00)	171.516(100,00)	173.438(100,00)	173.772(100,00)	174.172(100,00)	176.325(100,00)	175.731(100,00)	0,56	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

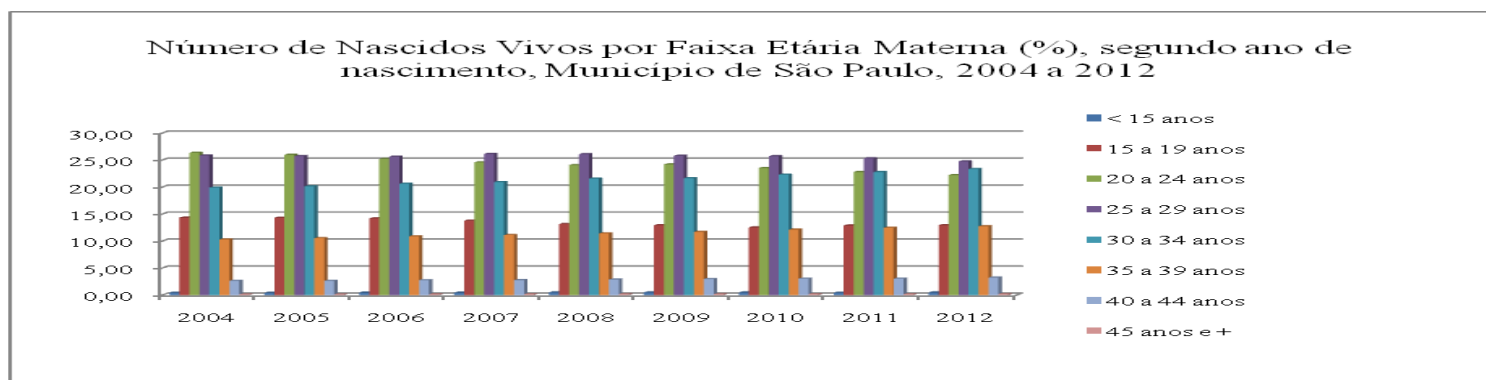
Gráfico 01. Número de Nascidos Vivos por Local de Ocorrência (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 02.Número de Nascidos Vivos por Faixa Etária Materna (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Faixa Etária	2004 n(%)	2005 n(%)	2006 n(%)	2007 n(%)	2008 n(%)	2009 n(%)	2010 n(%)	2011 n(%)	2012 n(%)	Dif(%)	Média(%)
< 15 anos	785(0,45)	719(0,42)	775(0,46)	786(0,46)	907(0,52)	863(0,50)	859(0,49)	791(0,45)	858(0,49)	9,30	0,47
15 a 19 anos	25.076(14,35)	24554 (14,32)	23688(14,21)	23639(13,78)	22846(13,17)	22527(12,96)	21839(12,53)	22737(12,89)	22775(12,95)	-9,18	13,46
20 a 24 anos	46.050(26,36)	44570(25,99)	42068(25,23)	42191(24,59)	41804(24,09)	42089(24,21)	41037(23,55)	40234(22,80)	39126(22,24)	-15,04	24,34
25 a 29 anos	45.192(25,86)	44.178(25,76)	42757(25,64)	44855(26,14)	45319(26,12)	44855(25,8)	44839(25,73)	44705(25,34)	43558(24,76)	-3,62	25,68
30 a 34 anos	34.783(19,91)	34.555(20,15)	34392(20,63)	35916(20,93)	37461(21,59)	37643(21,65)	38884(22,31)	40226(22,80)	41087(23,36)	18,12	21,48
35 a 39 anos	17.997(10,30)	18103(10,56)	18166(10,89)	19111(11,14)	19818(11,42)	20341(11,7)	21146(12,13)	22031(12,49)	22429(12,75)	24,63	11,49
40 a 44 anos	4608(2,64)	4550(2,65)	4613(2,77)	4763(2,78)	5007(2,89)	5187(2,98)	5340(3,06)	5393(3,06)	5713(3,25)	23,98	2,90
45 anos e +	238(0,14)	237(0,14)	288(0,17)	314(0,18)	340(0,2)	350(0,20)	331(0,19)	332(0,19)	345(0,20)	44,96	0,18
Total	174729 (100,00)	171466 (100,00)	166747 (100,00)	171575(100,00)	173502(100,00)	173855(100,00)	174275(100,00)	174275(100,00)	175891(100,00)	0,67	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

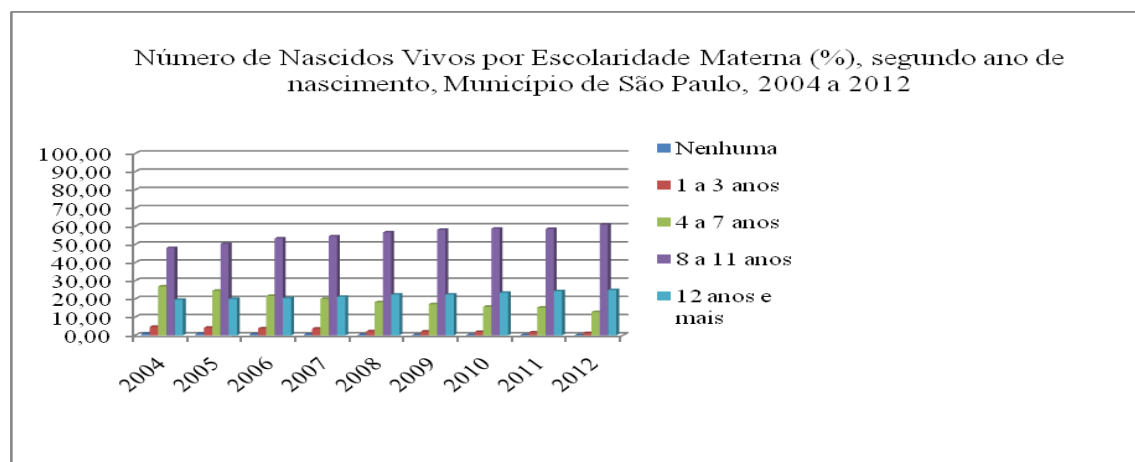
Gráfico02.Número de Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 03. Número de Nascidos Vivos por Escolaridade Materna (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Escolaridade Materna	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Média(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Nenhuma	1394(0,82)	1364(0,82)	1075(0,65)	886(0,52)	598(0,35)	508(0,29)	423(0,24)	398(0,23)	325(0,19)	-76,69	0,46
1 a 3 anos	7926(4,66)	7013(4,22)	6253(3,79)	6338(3,72)	3927(2,27)	3583(2,06)	3252(1,87)	2908(1,65)	2231(1,27)	-71,85	2,84
4 a 7 anos	45732(26,88)	40741(24,5)	35682(21,65)	34139(20,05)	31445(18,21)	29762(17,15)	27335(15,70)	26888(15,25)	22338(12,73)	-51,15	19,12
8 a 11 anos	81750(48,06)	83672(50,32)	87983(53,39)	92809(54,51)	97841(56,67)	100819(58,08)	102243(58,72)	103212(58,54)	106969(60,94)	30,85	55,47
12 anos e mais	33310(19,58)	33497(20,14)	33815(20,52)	36088(21,20)	38850(22,5)	38910(22,42)	40880(23,48)	42894(24,33)	43672(24,88)	31,11	22,12
Total	170112(100,00)	166287(100,00)	164808(100,00)	170260 (100,00)	172661 (100,00)	173582(100,00)	174133(100,00)	176300(100,00)	175535(100,00)	3,19	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

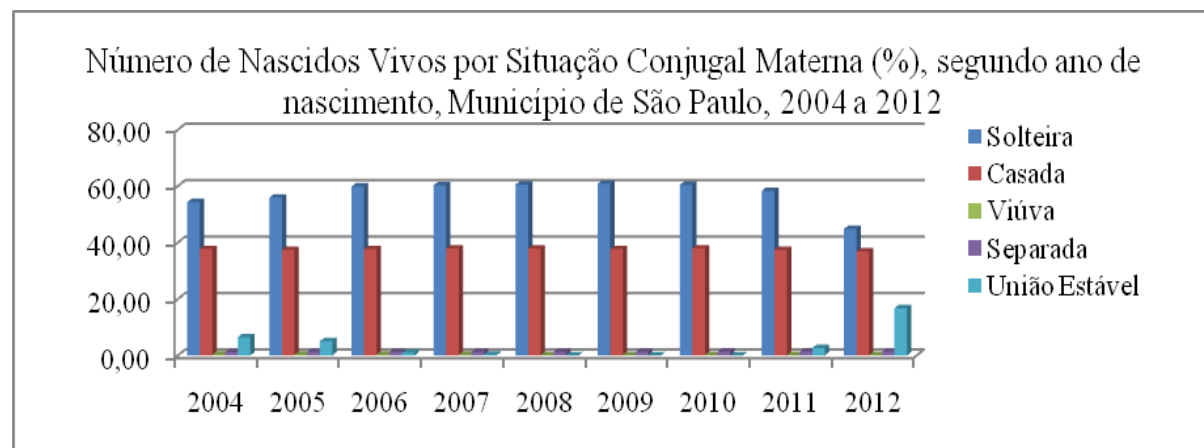
Gráfico03. Número de Nascidos Vivos por Escolaridade Materna (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 04. Número de Nascidos Vivos por Situação Conjugal Materna (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Situação Conjugal Materna	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Média(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Solteira	94177(54,33)	95004(55,97)	99227(59,88)	102836(60,31)	104838(60,59)	105705(60,87)	105167(60,40)	102823(58,34)	78767(44,86)	-16,36	57,28
Casada	65377(37,72)	63555(37,44)	62348(37,62)	64542(37,85)	65513(37,86)	65298(37,60)	66098(37,96)	66005(37,45)	64800(36,90)	-0,88	37,60
Viúva	527(0,30)	457(0,27)	396(0,24)	383(0,22)	337(0,19)	330(0,19)	316(0,18)	312(0,18)	285(0,16)	-45,92	0,22
Separada judic/divorciada	2050(1,18)	2156(1,27)	2114(1,28)	2171(1,27)	2235(1,29)	2212(1,27)	2454(1,41)	2485(1,41)	2368(1,35)	15,51	1,30
União estável	11199(6,46)	8584(5,06)	1627(0,98)	568(0,33)	118(0,07)	102(0,06)	71(0,04)	4631(2,63)	29382(16,73)	162,36	3,60
TOTAL	173330(100,00)	169756(100,00)	165712(100,00)	170500(100,00)	173041(100,00)	173647(100,00)	174106(100,00)	176256(100,00)	175602(100,00)	1,31	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Gráfico 04. Número de Nascidos Vivos por Situação Conjugal Materna (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

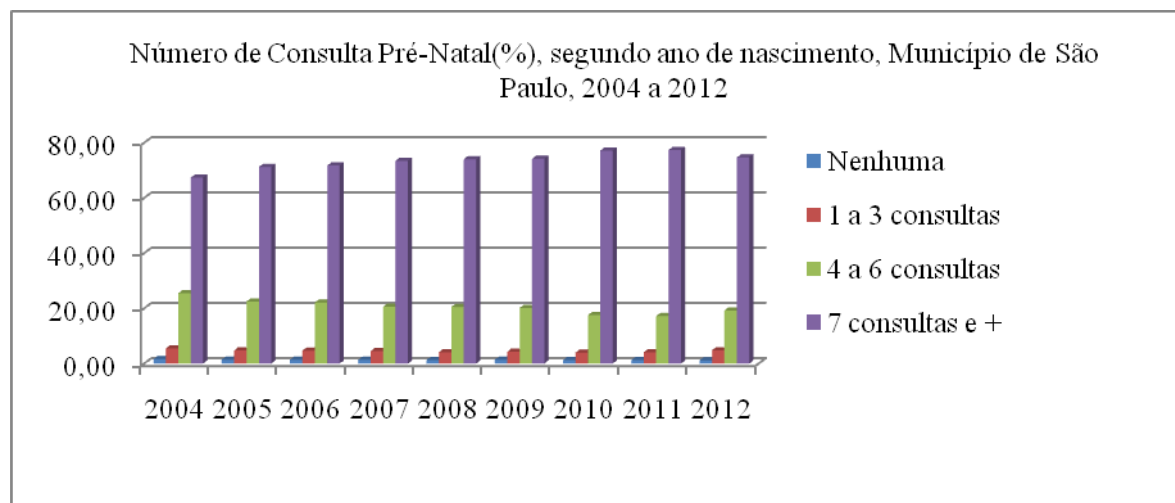
Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 05. Número de Nascidos Vivos por Número de Consultas Pré-Natal (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Consulta Pré-Natal	2004 n(%)	2005 n(%)	2006 n(%)	2007 n(%)	2008 n(%)	2009 n(%)	2010 n(%)	2011 n(%)	2012 n(%)	Dif(%)	Média(%)
Nenhuma	2759(1,63)	2430(1,45)	2277(1,39)	2315(1,37)	2254(1,31)	2383(1,37)	2225(1,28)	2225(1,26)	2126(1,21)	-22,94	1,36
1 a 3 consultas	9321(5,49)	8023(4,78)	7689(4,70)	7632(4,53)	7086(4,12)	7436(4,28)	6915(3,97)	7269(4,13)	8447(4,82)	-9,38	4,54
4 a 6 consultas	43287(25,51)	37817(22,51)	36254(22,16)	34756(20,62)	35298(20,54)	34967(20,14)	30548(17,55)	30296(17,21)	33751(19,26)	-22,03	20,61
7 consultas e +	114289(67,37)	119710(71,26)	117413(71,75)	123817(73,47)	127246(74,03)	128818(74,20)	134388(77,20)	136279(77,40)	130944(74,71)	14,57	73,49
TOTAL	169656(100,00)	167980(100,00)	163633(100,00)	168520(100,00)	171884(100,00)	173604(100,00)	174076(100,00)	176069(100,00)	175268(100,00)	3,31	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Gráfico 05. Número de Nascidos Vivos por Número de Consultas Pré-Natal (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

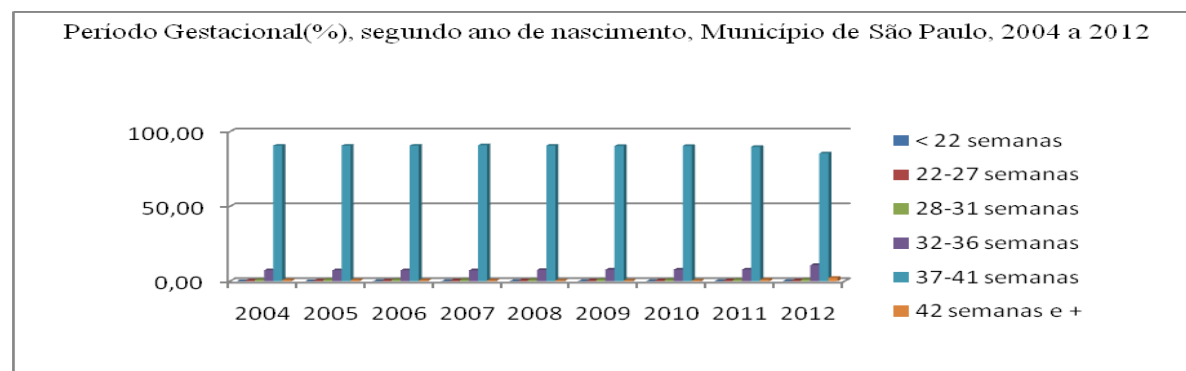


Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 06. Número de Nascidos Vivos por Período Gestacional (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Duração da Gestação	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Média(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
< 22 semanas	22(0,01)	38(0,02)	94(0,06)	74(0,04)	69(0,04)	66(0,04)	64(0,04)	62(0,04)	70(0,04)	218,18	0,04
22-27 semanas	850(0,49)	801(0,47)	827(0,50)	886(0,52)	904(0,52)	925(0,53)	945(0,54)	905(0,51)	951(0,54)	11,88	0,51
28-31 semanas	1533(0,88)	1504(0,88)	1476(0,89)	1471(0,86)	1481(0,86)	1584(0,91)	1512(0,87)	1592(0,90)	1846(1,05)	20,42	0,90
32-36 semanas	12642(7,29)	12470(7,31)	12133(7,31)	12339(7,22)	13039(7,53)	13376(7,70)	13417(7,70)	13641(7,74)	18850(10,73)	49,11	7,84
37-41 semanas	157180(90,60)	154382(90,55)	150277(90,58)	155240(90,83)	156733(90,56)	156989(90,35)	157543(90,44)	158172(89,79)	150002(85,42)	-4,57	89,90
42 semanas e +	1253(0,72)	1294(0,76)	1101(0,66)	896(0,52)	837(0,48)	818(0,47)	717(0,41)	1794(1,02)	3879(2,21)	209,58	0,81
Total	173480(100,00)	170489(100,00)	165908(100,00)	170906(100,00)	173063(100,00)	173758(100,00)	174198(100,00)	176166(100,00)	175598(100,00)	504,60	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

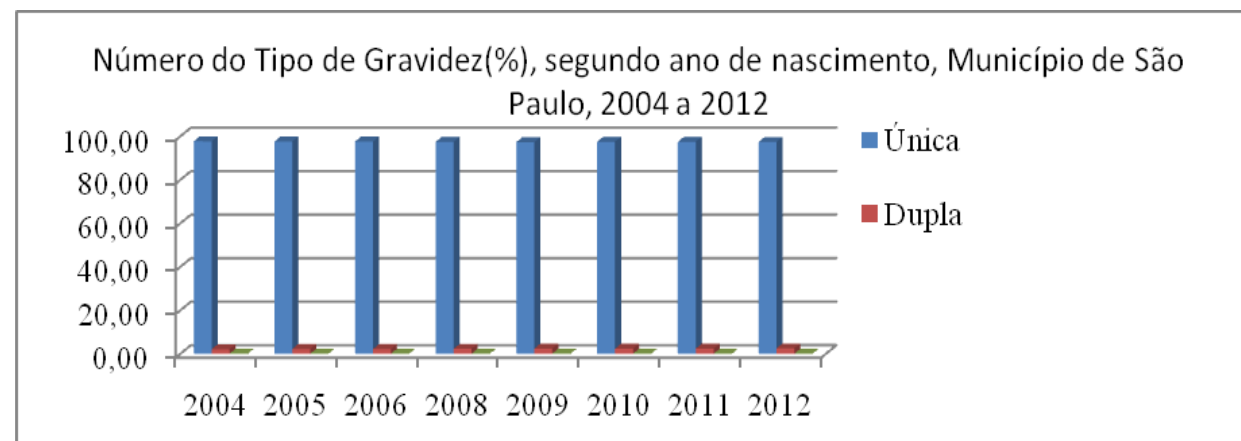
Gráfico 06. Número de Nascidos Vivos por Período Gestacional (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 07. Número de Nascidos Vivos por Tipo de Gravidez (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Tipo de Gravidez	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Diff(%)	Média(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Única	170724(97,72)	167433(97,61)	162723(97,64)	167374(97,60)	169213(97,54)	169290(97,38)	169937(97,52)	171956(97,46)	171274(97,40)	0,32	97,54
Dupla	3752(2,15)	3923(2,29)	3743(2,25)	3941(2,30)	4078(2,35)	4305(2,48)	4152(2,38)	4317(2,45)	4419(2,51)	17,78	2,35
Tripla e +	234(0,13)	180(0,10)	183(0,11)	169(0,10)	183(0,11)	251(0,14)	175(0,10)	162(0,09)	159(0,09)	-32,05	0,11
Total	174710(100,00)	171536(100,00)	166649(100,00)	171.484	173474(100)	173846(100)	174264(100)	176435(100)	175.852	0,65	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

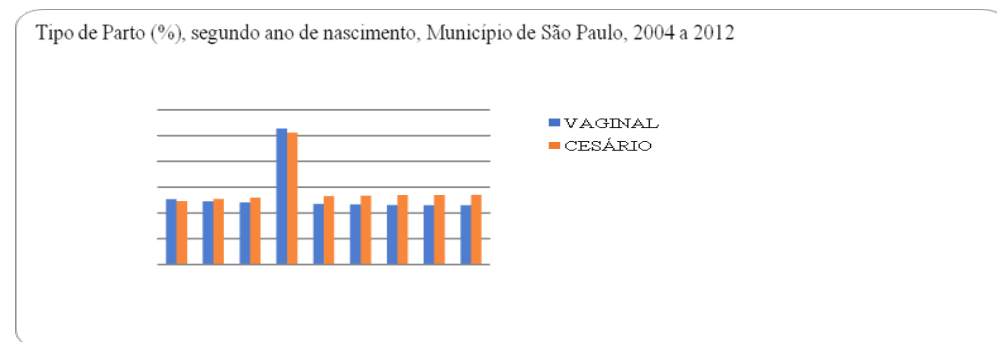
Gráfico07. Número de Nascidos Vivos por Tipo de Gravidez (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 08. Número de Nascidos Vivos por Tipo de Parto (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Tipo de Parto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Media(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Vaginal	88790(50,80)	83987(49,06)	80239(48,13)	81154(47,30)	81527(47,00)	81100(46,65)	80424(46,15)	81234(46,04)	80803(45,95)	-9,00	47,45
Cesáreo	85998(49,20)	87188(50,94)	86477(51,87)	90415(52,70)	91944(53,00)	92749(53,35)	93838(53,85)	95196(53,96)	95055(54,05)	10,53	52,55
Total	174788(100,00)	171175(100,00)	166716(100,00)	171569(100,00)	173471(100,00)	173.849	174262(100,00)	176430(100,00)	175858(100,00)	0,61	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Gráfico08. Número de Nascidos Vivos por Tipo de Parto(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

4.2 PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS, DE MÃES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 2004 A 2012 – TABELA 09 A 13

De acordo com a Tabela 09 e Gráfico 09, que avalia o **Sexo dos nascidos vivos**, houve mais nascimentos de crianças do sexo masculino, com 51,20% do total do que do sexo feminino, com 48,80%. A análise mostrou aumento para ambos os sexos, de crescimento de 1,55% no sexo feminino e de 1,02% no sexo masculino.

De acordo com a Tabela 10 e Gráfico 10, foram observados os dados de **Peso ao Nascer**, onde 86,64% dos recém-nascidos, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), nasceram com peso adequado, ou seja, entre os 2.500g a 3999g. 9,5% tiveram baixo peso ao nascer. Enquanto 3,87% nasceram com mais de 400g e +. Em análise temporal, houve uma queda -3,84% no peso de 2500g a 2999g e um aumento significativo (7,80%.) de recém-nascidos com 1500g a 1999g, Houve um crescimento também de recém-nascidos com peso acima de 400g e +. É importante notar que a proporção de recém-nascidos que nasceram com menos de 500g aumentou em 185,71%.

De acordo com a Tabela 11 e Gráfico 11, em relação ao **teste de Apgar no 1º minuto** (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), observou-se que 86,71% dos recém-nascidos alcançaram no 1º minuto a pontuação de ≥ 8 que, de acordo com o boletim de Apgar, significa sem aparente dano neurológico/asfíxia perinatal. Os níveis de 0 a 3 de Apgar, tiveram queda de -29,15% e os índices de 4 a 7 mostrou redução de -20,43%.

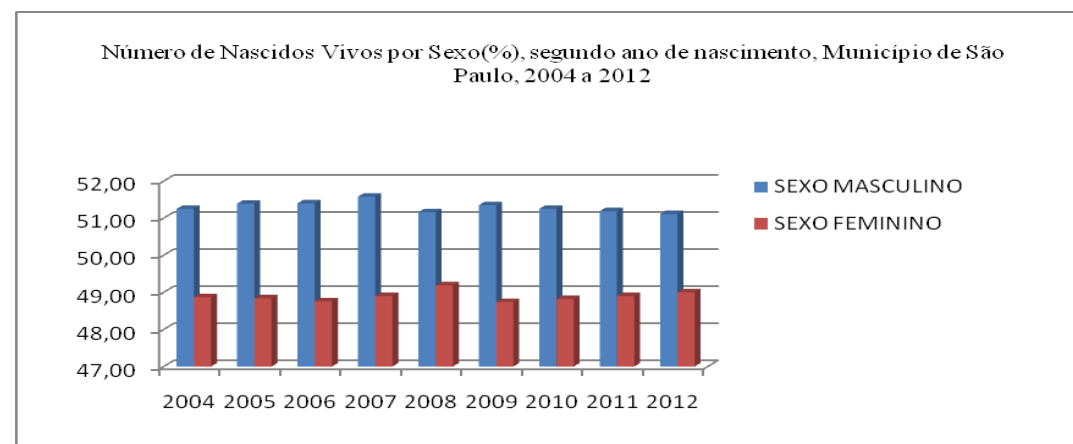
De acordo com a Tabela 12 e Gráfico 12, em relação ao **teste de Apgar no 5º minuto** (uma estimativa de possível dano neurológico decorrente do processo de nascimento), observou-se que 97,74% dos recém-nascidos alcançaram no 5º minuto a pontuação de ≥ 8 que, de acordo com o boletim de Apgar, significa sem aparente dano neurológico/asfíxia perinatal. Os níveis de 4 a 7 de Apgar apresentaram queda de -21,14% e os níveis de 0 a 3 de -10,31%.

De acordo com a Tabela 13 e Gráfico 13, quanto à ocorrência de **anomalias e/ou defeito congênito** foi possível observar que 98,90% dos recém-nascidos não apresentaram defeitos congênitos ao nascer. E ainda ao longo dos anos essa característica se manteve em crescimento, 13,3%. Mas em contrapartida, também houve um aumento de 208,03% dos recém-nascidos que nasceram com anomalia congênita.

Tabela 09. Número de Nascidos Vivos por Sexo (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Sexo	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Media(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Masculino	88887(51,19)	87943(51,27)	85560(51,32)	88052(51,33)	88485(51,01)	89187(51,30)	89237(51,21)	90235(51,14)	89793(51,05)	1,02	51,20
Feminino	84768(48,81)	83592(48,73)	81168(48,68)	83488(48,7)	84988(48,99)	84651(48,70)	85018(48,79)	86199(48,95)	86084(48,95)	1,55	48,80
Total	173655(100,00)	171535(100,00)	166728(100,00)	171540(100,00)	173473(100,00)	173838(100,00)	174255(100,00)	176434(100,00)	175877(100,00)	2,57	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

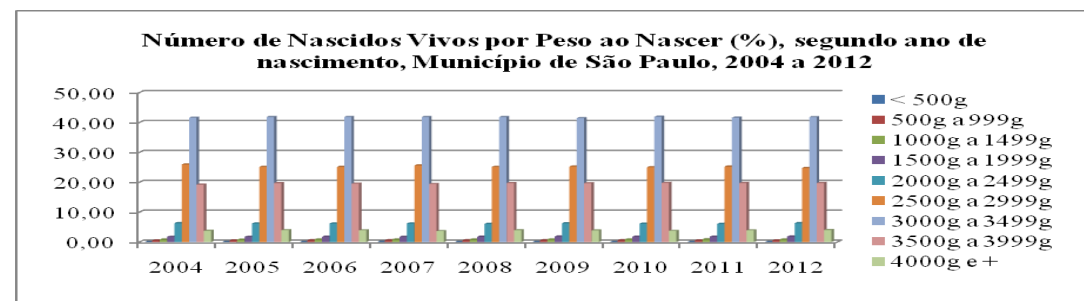
Gráfico09. Número de Nascidos Vivos por Tipo de Sexo(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 10. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Média(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
< 500g	42(0,02)	62(0,04)	108(0,06)	134(0,08)	88(0,05)	85(0,05)	118(0,07)	116(0,07)	120(0,07)	185,71	0,06
500g a 999g	984(0,56)	980(0,57)	985(0,59)	1011(1)	103099(1)	1030(1)	1008(1)	1008(1)	978(0,56)	-0,61	0,58
1000g a 1499g	1457(0,83)	1382(1)	1435(1)	1442(1)	1460(1)	1529(1)	1538(1)	1571(29)	1530(1)	5,01	0,86
1500g a 1999g	3014(2)	2928(2)	2993(2)	2958(54)	30509(2)	3227(2)	3137(2)	3188(2)	32499(2)	7,80	1,78
2000g a 2499g	11046(6)	10653(6)	10382(6)	106879(6)	105769(6)	10929(6)	10751(6)	10788(6)	11096(6)	0,45	6,22
2500g a 2999g	45344(26)	43127(25)	41892(25)	43986(26)	43658(25)	43944(25)	43598(25)	44557(25)	43601(25)	-3,84	25,27
3000g a 3499g	72600(42)	71672(42)	69797(41,86)	71714(42)	72525(42)	72087(41)	73059(42)	73435(42)	73497(42)	1,24	41,74
3500g a 3999g	33531(19)	33780(20)	32609(20)	33312(19)	34244(20)	34227(20)	34524(20)	34868(20)	34748(20)	3,63	19,63
4000g e +	65659(4)	6802(4)	6536(4)	6315(4)	6849(4)	6772(4)	6530(4)	6907(4)	7059(4)	7,52	3,87
Total	174583(100)	171386(100)	166737(100)	171559(100)	173480(100)	173830(100)	174263(100)	176438(100)	175878(100)	0,74	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

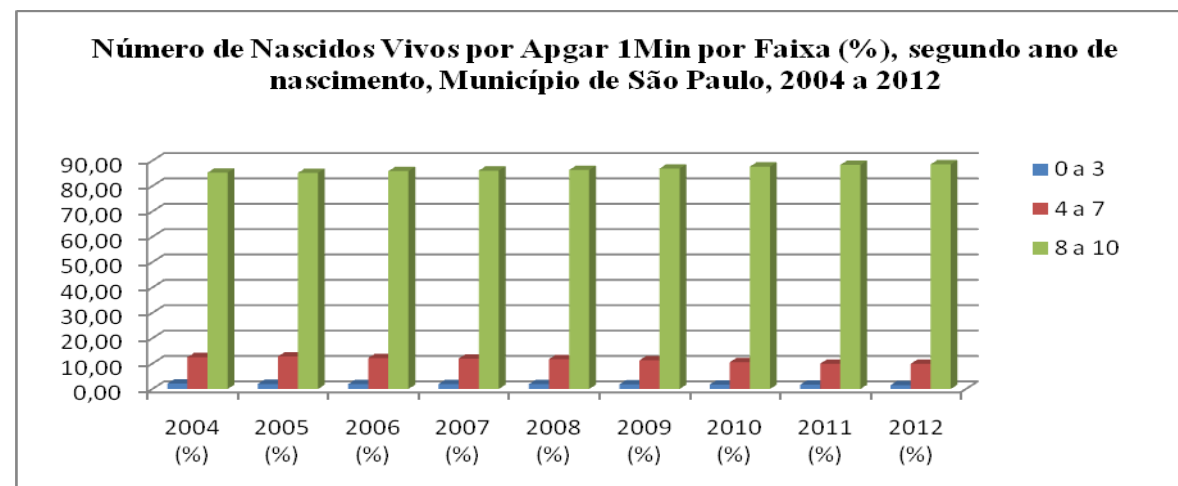
Gráfico10. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 11. Número de Nascidos Vivos por Apgar 1Min(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Faixa Apgar 1º Min	2004 n(%)	2005 n(%)	2006 n(%)	2007 n(%)	2008 n(%)	2009 n(%)	2010 n(%)	2011 n(%)	2012 n(%)	Dif(%)	Média(%)
0 a 3	3739(2,15)	3385(1,98)	3162(1,91)	3317(1,94)	3287(1,90)	3149(1,82)	3022(1,74)	2959(1,68)	2649(1,51)	-29,15	1,85
4 a 7	21813(12,54)	21871(12,82)	20244(12,20)	20465(11,97)	20320(11,75)	19564(11,29)	18359(10,57)	17533(9,97)	17356(9,91)	-20,43	11,45
8 a 10	148375(85,31)	145391(85,20)	142564(85,90)	147176(86,09)	149287(86,35)	150603(86,90)	152356(87,69)	155319(88,34)	155200(88,58)	4,60	86,71
Total	173927(100)	170647(100)	165970(100)	170958(100)	172894(100)	1733169(100)	173737(100)	175811(100)	175205(100)	0,73	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

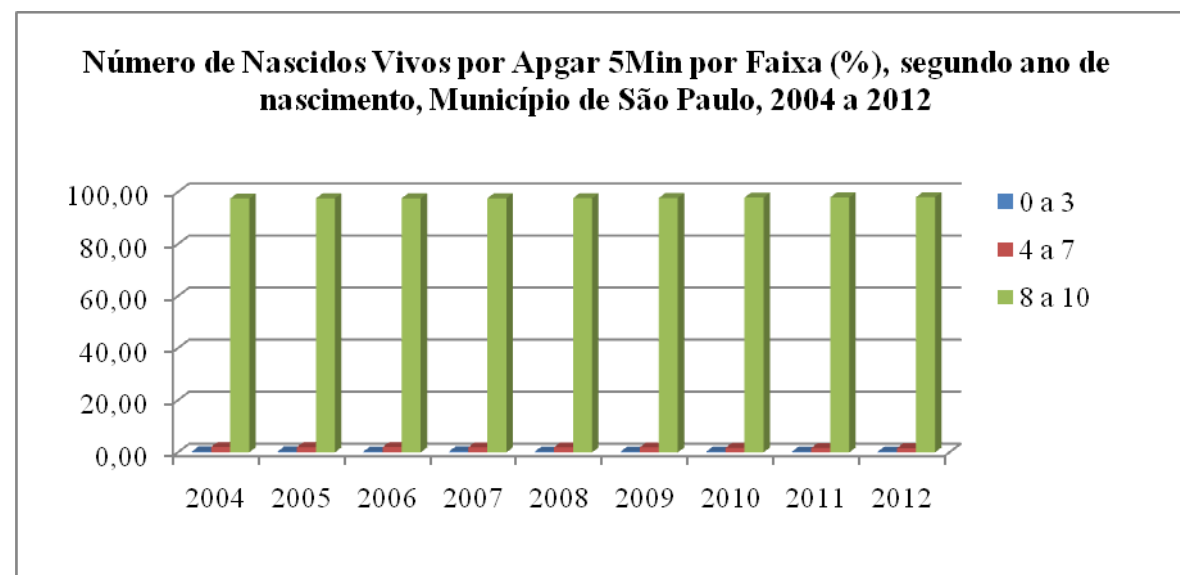
Gráfico11. Número de Nascidos Vivos por Apgar 1Min(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 12. Número de Nascidos Vivos por Apgar 5Min(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Faixa Apgar 5º Min	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Média(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
0 a 3	679(0,39)	676(0,40)	616(0,37)	723(0,42)	620(0,36)	570(0,33)	611(0,35)	625(0,36)	609(0,35)	-10,31	0,37
4 a 7	3652(2,10)	3430(2,01)	3369(2,03)	3350(1,96)	3403(1,97)	3359(1,94)	3030(1,74)	2948(1,68)	2880(1,64)	-21,14	1,90
8 a 10	169731(97,51)	166765(97,60)	162090(97,60)	166951(97,62)	168930(97,67)	169424(97,73)	170155(97,91)	172267(97,97)	171755(98,01)	1,19	97,74
Total	174062(100)	170871(100)	166075(100)	171024(100)	172953(100)	173353(100)	173796(100)	175840(100)	175244(100)	0,68	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

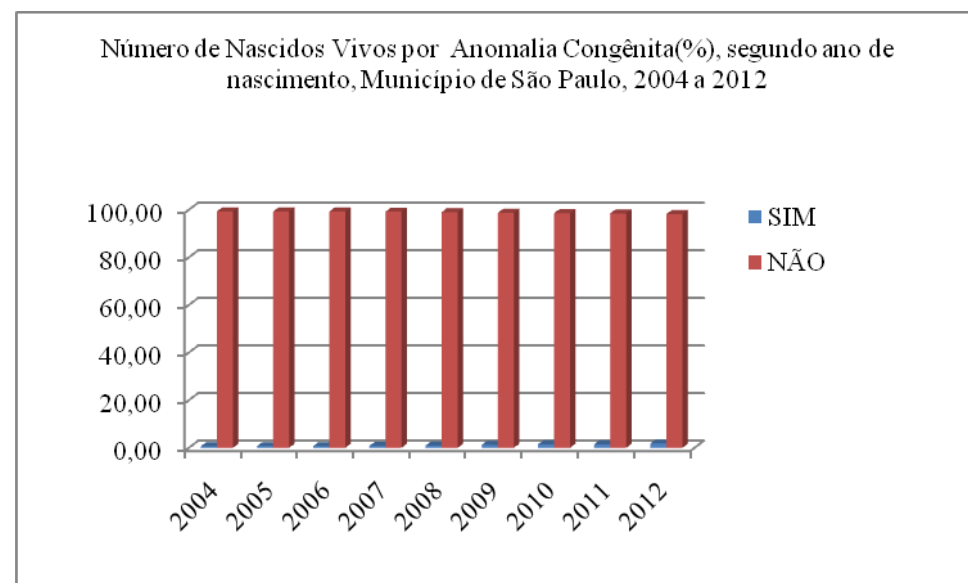
Gráfico12. Número de Nascidos Vivos por Apgar 5Min(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 13. Número de Nascidos Vivos por Anomalia Congênita(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Anomalia Congênita	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dif(%)	Média(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
SIM	1034(0,67)	1119(0,73)	1142(0,72)	1348(0,80)	1657(0,96)	2189(1,26)	2524(1,45)	2662(1,51)	3185(1,81)	208,03	1,10
NÃO	152197(99,33)	151228(99,27)	156746(99,28)	166781(99,20)	170375(99,04)	171033(98,74)	171292(98,55)	173448(98,49)	172437(98,19)	13,30	98,90
Total	153231(100)	152347(100)	157888(100)	168129(100)	172032(100)	173222(100)	173816(100)	176110(100)	175622(100)	14,61	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Gráfico 13. - Número de Nascidos Vivos por Anomalia Congênita(%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

4.3 PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS, DE MÃES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 2004 A 2012, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, NÚMERO DE CONSULTA PRÉ-NATAL; PESO AO NASCER E TIPO DE PARTO POR COORDENADORIA DE SAÚDE, ENFATIZANDO A ANÁLISE DO PERÍODO ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MÃE PAULISTANA, NO ANO DE 2006 – TABELA 14 A 31

De acordo com as Tabelas 14, Tabelas 15 e Tabelas 16, que avaliou o **local de ocorrência dos nascidos vivos**, a maior parte dos nascimentos ocorreu no ambiente hospitalar. Em média 99,63% dos nascimentos ocorreram em hospitais cujas mães eram residentes na região Norte. Os nascimentos de mães residentes na região Oeste tiveram um aumento médio de 4,69%. A região Central teve uma queda nos valores de em média -5,24% nos nascimentos das mães residentes naquela região.

De acordo com as Tabelas 17 a 20, que avaliou o **número de consultas no pré-natal**, realizados pelas gestantes residentes nas coordenadorias de saúde do município, retratou que a média mais alta foi de 2,02% na região central, e que as gestantes residentes em todas as regiões aumentaram suas consultas de pré-natal, o que pode ser observado com mais evidência nas coordenadorias da região central e sul do município, com uma média onde os valores diminuíram -48,15% e -37,92%, respectivamente. Os resultados observados na tabela 20 retrataram um aumento no número de consultas ao pré-natal em todas as coordenadorias, com uma média de 81,46%, na coordenadoria Oeste, em destaque.

De acordo com as Tabelas 21 a 29, que avaliou o **Peso ao Nascer**, mostrou que os recém-nascidos que nasceram com os pesos nos intervalos de <500g, entre 500g a 999g, de 1000g a 1499g, 1500 a 1999g, ocorreram, porém com médias bem baixas, que variam entre 0,09%, na coordenadoria do Centro; 0,68% na coordenadoria Sudeste, 1,03% na coordenadoria Sudeste, 2,13% nas regiões Oeste e Sudeste, respectivamente. Já com relação ao pesos dos recém-nascidos que variaram entre 2000g a 2499g, 2500g a 2999g, 3000g a 3499g, 3500 a 3999g e 4000g e +, as proporções médias aumentaram, sendo 7,20% na região sudeste; 29,64% na região sudeste; 49,53% na região sudeste; 22,99% também na região sudeste; e para finalizar, entre o peso de 4000g e +, uma média de 4,35% na região sudeste, respectivamente.

De acordo com as Tabelas 30 e 31, que avaliou as médias de ocorrências do **Tipo de Parto**, com relação ao parto vaginal, a média de ocorrência foi de 53,88% na região leste; e houve uma diminuição de 18,19% neste tipo de parto o na coordenadoria do centro. Com relação ao parto cesáreo, foi observado que a maior ocorrência foi com média de 63,38% na

região oeste, seguido de 59,11% na região sudeste. As ocorrências desse tipo de parto aumentaram 17,67% na região leste, no período de 2004 a 2012 .

Tabela 14.Número de Nascidos Vivos por Local de Ocorrência– Hospital (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Hospital	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif (%)	Media (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	173.678	99,35	170.582	99,43	165.688	99,37	170.619	99,44	172.528	99,44	172.844	99,42	173.291	99,44	175.396	99,40	174.678	99,32	0,58	99,40
Centro	5.689	99,77	5.436	99,80	5.272	99,68	5.429	99,43	5.486	99,37	5.646	99,59	5.478	99,38	5.475	99,47	5.391	99,15	-5,24	99,52
Leste	39.586	99,32	38.906	99,31	37.672	99,39	38.620	99,50	39.213	99,51	39.429	99,49	39.234	99,48	39.955	99,48	40.206	99,41	1,57	99,43
Norte	36.439	99,81	35.258	99,71	34.247	99,63	34.831	99,68	35.539	99,65	34.960	99,60	35.038	99,62	35.243	99,52	34.909	99,49	-4,20	99,63
Oeste	13.432	99,65	13.449	99,78	12.912	99,66	13.524	99,70	13.701	99,62	13.926	99,44	13.820	99,39	14.104	99,31	14.062	99,18	4,69	99,53
Sudeste	35.390	98,93	34.970	99,11	33.939	98,85	34.956	99,08	35.098	99,00	35.295	99,04	35.667	99,22	35.891	99,26	35.895	99,19	1,43	99,07
Sul	42.914	99,20	42.144	99,39	41.351	99,45	42.439	99,54	42.957	99,57	43.416	99,50	43.898	99,46	44.556	99,42	44.019	99,28	2,57	99,42
Endereço Ignorado	228	100,00	419	99,76	295	98,01	820	94,04	534	95,02	172	97,18	156	98,11	172	92,47	196	96,08	-14,04	96,74

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 15.Número de Nascidos Vivos por Local de Ocorrência – Outro Estab. De Saúde (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Outro Estab de Saúde	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif (%)	Media (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	649	0,37	465	0,27	575	0,34	446	0,26	426	0,25	349	0,20	294	0,17	277	0,16	369	0,21	-43,14	0,25
Centro	5	0,09	3	0,06	8	0,15	8	0,15	17	0,31	5	0,09	5	0,09	7	0,13	14	0,26	180,00	0,15
Leste	113	0,28	98	0,25	86	0,23	69	0,18	61	0,15	42	0,11	39	0,10	37	0,09	59	0,15	-47,79	0,17
Norte	29	0,08	41	0,12	64	0,19	48	0,14	34	0,10	34	0,10	28	0,08	28	0,08	39	0,11	34,48	0,11
Oeste	9	0,07	9	0,07	24	0,19	14	0,10	11	0,08	18	0,13	13	0,09	13	0,09	33	0,23	266,67	0,12
Sudeste	299	0,84	227	0,64	308	0,90	233	0,66	240	0,68	196	0,55	142	0,40	127	0,35	115	0,32	-61,54	0,59
Sul	194	0,45	87	0,21	83	0,20	65	0,15	55	0,13	53	0,12	67	0,15	62	0,14	108	0,24	-44,33	0,20
Endereço Ignorado	0	0,00	0	0,00	2	0,66	9	1,03	8	1,42	1	0,56	0	0,00	3	1,61	1	0,49	0,00	0,64

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 16. Número de Nascidos Vivos por Local de Ocorrência – Domicílio (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Domicílio	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Media(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	420	0,24	447	0,26	407	0,24	451	0,26	484	0,28	579	0,33	587	0,34	652	0,37	684	0,39	62,86	0,30
Centro	7	0,12	8	0,15	9	0,17	20	0,37	17	0,31	15	0,26	28	0,51	22	0,40	28	0,51	300,00	0,31
Leste	132	0,33	142	0,36	124	0,33	111	0,29	113	0,29	134	0,34	137	0,35	147	0,37	140	0,35	6,06	0,33
Norte	35	0,10	52	0,15	57	0,17	62	0,18	80	0,22	95	0,27	86	0,24	121	0,34	128	0,36	265,71	0,23
Oeste	32	0,24	16	0,12	18	0,14	25	0,18	38	0,28	55	0,39	72	0,52	80	0,56	77	0,54	140,63	0,33
Sudeste	78	0,22	78	0,22	75	0,22	81	0,23	99	0,28	133	0,37	121	0,34	118	0,33	148	0,41	89,74	0,29
Sul	136	0,31	150	0,35	121	0,29	117	0,27	122	0,28	145	0,33	141	0,32	162	0,36	160	0,36	17,65	0,32
Endereço Ignorado	0	0,00	1	0,24	3	1,00	35	4,01	15	2,67	2	1,13	2	1,26	2	1,08	3	1,47	0,00	1,43

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 17. Número de Nascidos Vivos por Consulta Pré-Natal – Nenhuma (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Nenhuma	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Media(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total	2759	1,63	2430	1,45	2277	1,39	2315	1,37	2254	1,31	2383	1,37	2.225	1,28	2225	1,26	2.126	1,21	-22,94	1,36
Centro	135	2,45	113	2,12	122	2,36	113	2,11	120	2,20	107	1,89	104	1,89	101	1,84	70	1,30	-48,15	2,02
Leste	716	1,88	600	1,57	494	1,34	451	1,20	478	1,22	526	1,33	570	1,45	601	1,50	541	1,34	-24,44	1,43
Norte	505	1,42	412	1,19	551	1,63	613	1,78	594	1,69	639	1,82	514	1,46	482	1,36	480	1,38	-4,95	1,53
Oeste	126	0,96	119	0,90	124	0,97	120	0,90	152	1,11	137	0,98	128	0,92	129	0,91	119	0,84	-5,56	0,94
Sudeste	490	1,42	469	1,35	373	1,10	403	1,16	367	1,04	438	1,23	425	1,18	417	1,16	405	1,12	-17,35	1,20
Sul	778	1,83	704	1,69	602	1,47	568	1,35	520	1,21	531	1,22	470	1,07	471	1,05	483	1,09	-37,92	1,33
Endereço Ignorado	2750	9,95	2417	8,83	2266	8,88	2268	8,49	2231	8,48	2378	8,47	2211	7,97	2201	7,83	2098	7,07	-23,71	8,44

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 18. Número de Nascidos Vivos por Consulta Pré-Natal – 1 a 3 consultas (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

1 a 3 consultas	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Dif(%)	Media(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Centro	390	7,06	390	7,06	330	6,18	354	6,60	350	6,42	300	5,31	298	5,42	7269	4,13	301	5,58442	-22,82	5,97
Leste	2.414	6,35	2414	6,35	2016	5,28	1848	4,90	1863	4,77	1833	4,63	1648	4,18	296	5,41	2353	5,82368	-2,53	5,30
Norte	1.403	3,94	1403	3,94	1252	3,62	1625	4,72	1340	3,81	1541	4,40	1483	4,22	1818	4,53	1729	4,97568	23,24	4,24
Oeste	596	4,54	596	4,54	497	3,75	446	3,33	370	2,70	410	2,93	346	2,49	1612	4,56	460	3,25364	-22,82	3,57
Sudeste	1.706	4,93	1706	4,93	1499	4,33	1262	3,64	1248	3,55	1340	3,76	1284	3,58	362	2,56	1669	4,62109	-2,17	3,99
Sul	2.804	6,59	2804	6,59	2416	5,82	2054	4,87	1893	4,42	2000	4,59	1842	4,18	1289	3,57	1919	4,33467	-31,56	5,00
Endereço Ignorado	9.313	33,41	9313	33,41	8010	28,97	7589	28,07	7064	25,67	7424	25,62	6901	24,07	12646	24,76	8431	28,59	-9,47	28,06

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 19. Número de Nascidos Vivos por Consulta Pré-Natal – 4 a 6 consultas (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

4 a 6 consultas	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Dif(%)	Media(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Centro	1.257	22,77	1.170	21,91	1.099	21,29	1.075	20,03	1.062	19,48	1.091	19,30	853	15,52	858	15,67	987	18,3117	-21,48	19,36
Leste	11.410	29,99	9.472	24,82	7.981	21,65	8.109	21,50	8.214	21,05	7.756	19,60	6949	17,64	7070	17,63	9267	22,9358	-18,78	21,87
Norte	7.854	22,05	6.730	19,44	8.354	24,67	7.789	22,63	8.954	25,44	9.006	25,69	7329	20,86	6504	18,40	6790	19,5401	-13,55	22,08
Oeste	2.470	18,82	2.224	16,80	1.878	14,69	1.904	14,23	1.936	14,15	2.005	14,34	1612	11,60	1670	11,80	1849	13,0782	-25,14	14,39
Sudeste	8.186	23,66	7.131	20,58	6.323	18,72	5.937	17,14	5.986	17,02	6.124	17,20	5628	15,68	5817	16,12	6851	18,9689	-16,31	18,34
Sul	12.064	28,37	11.015	26,51	10.558	25,82	9.711	23,05	8.999	21,02	8.953	20,55	8151	18,48	8342	18,65	7966	17,9937	-33,97	22,27
Endereço Ignorado	43.241	145,66	37.742	130,06	36.193	126,84	34.525	118,57	35.151	118,15	34.935	116,68	30522	99,78	30261,00	98,27	33710,00	110,83	-22,04	118,31

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 20. Número de Nascidos Vivos por Consulta Pré-Natal – 7 consultas e + (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

7 consultas e +	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Dif(%)	Media(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Centro	3.739	67,72	3.726	69,79	3.625	70,22	3.825	71,27	3.920	71,90	4.156	73,51	4.241	77,17	4221	77,08	4.032	74,81	7,84	72,61
Leste	23.500	61,78	26.078	68,33	26.460	71,78	27.312	72,41	28.467	72,95	29.459	74,44	30.226	76,73	30.624	76,34	28.243	69,90	20,18	71,63
Norte	25.859	72,59	26.234	75,76	23.586	69,66	24.397	70,87	24.314	69,07	23.865	68,09	25.804	73,45	26752	75,68	25.750	74,10	-0,42	72,14
Oeste	9.930	75,67	10.400	78,55	10.352	81,00	10.913	81,54	11.226	82,04	11.433	81,75	11.812	84,99	11987	84,73	11.710	82,83	17,93	81,46
Sudeste	24.217	69,99	25.554	73,74	25.750	76,23	27.041	78,06	27.566	78,39	27.702	77,81	28.558	79,56	28.564	79,15	27.192	75,29	12,28	76,47
Sul	26.881	63,21	27.409	65,98	27.428	67,06	29.802	70,73	31.409	73,35	32.080	73,64	33.646	76,28	34027	76,09	33.903	76,58	26,12	71,43
Endereço Ignorado	114.126	410,97	119.401	432,14	117.201	435,96	123.290	444,88	126.902	447,69	128.695	449,23	134.287	468,18	136.175	469,07	130.830	453,51	14,64	445,74

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 21. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – <500g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer < 500g	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	42	0,02	62	0,04	108	0,06	134	0,08	88	0,05	85	0,05	118	0,07	116	0,07	120	0,07	185,71	0,06
Centro	1	0,02	7	0,13	6	0,11	8	0,15	1	0,02	6	0,11	7	0,13	5	0,09	1	0,02	0,00	0,09
Leste	11	0,03	9	0,02	16	0,04	28	0,07	21	0,05	20	0,05	22	0,06	16	0,04	25	0,06	127,27	0,05
Norte	7	0,02	19	0,05	21	0,06	26	0,07	19	0,05	21	0,06	29	0,08	27	0,08	25	0,07	257,14	0,06
Oeste	2	0,01	6	0,04	10	0,08	3	0,02	5	0,04	6	0,04	1	0,01	9	0,06	12	0,08	500,00	0,04
Sudeste	10	0,03	10	0,03	26	0,08	29	0,08	20	0,06	20	0,06	29	0,21	24	0,07	32	0,09	220,00	0,08
Sul	11	0,03	11	0,03	28	0,07	37	0,09	21	0,05	12	0,03	30	0,07	34	0,08	25	0,06	127,27	0,05
Endereço Ignorado	0	0,00	0	0,00	1	0,33	3	0,34	1	0,18	0	0,00	0	0,00	1	0,53	0	0,00	0,00	0,15

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 22. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 500g a 999g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 500g a 999g	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	984	0,56	980	0,57	985	0,59	1.011	0,59	1.030	0,59	1.030	0,59	1.008	0,58	1.008	0,57	978	0,56	-0,61	0,58
Centro	28	0,49	32	0,59	50	0,95	29	0,53	39	0,71	29	0,51	17	0,31	19	0,35	17	0,31	-39,29	0,53
Leste	187	0,47	212	0,54	223	0,59	219	0,56	235	0,60	245	0,62	231	0,59	226	0,56	224	0,55	19,79	0,56
Norte	218	0,60	219	0,62	219	0,64	226	0,65	205	0,57	216	0,62	219	0,62	226	0,64	208	0,59	-4,59	0,62
Oeste	86	0,64	70	0,52	78	0,60	66	0,49	80	0,58	67	0,48	77	0,55	54	0,38	68	0,48	-20,93	0,52
Sudeste	203	0,57	209	0,59	172	0,50	206	0,58	215	0,61	198	0,56	225	1,62	190	0,53	217	0,60	6,90	0,68
Sul	260	0,60	237	0,56	242	0,58	256	0,60	251	0,58	273	0,63	239	0,54	291	0,65	243	0,55	-6,54	0,59
Endereço Ignorado	2	0,88	1	0,24	1	0,33	9	1,03	5	0,89	2	1,13	0	0,00	2	1,07	1	0,48	-50,00	0,67

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 23. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 1000g a 1499g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 1000g a 1499g	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	1.457	0,83	1.382	0,81	1.435	0,86	1.442	0,84	1.460	0,84	1.529	0,88	1.538	0,88	1.571	0,89	1.530	0,87	5,01	0,86
Centro	48	0,84	53	0,97	44	0,83	51	0,93	45	0,82	56	0,99	49	0,89	36	0,65	56	1,03	16,67	0,88
Leste	332	0,83	308	0,79	308	0,81	334	0,86	324	0,82	343	0,87	330	0,84	378	0,94	337	0,83	1,51	0,84
Norte	315	0,86	292	0,83	305	0,89	280	0,80	314	0,88	308	0,88	321	0,91	295	0,83	305	0,87	-3,17	0,86
Oeste	109	0,81	105	0,78	99	0,76	112	0,83	89	0,65	109	0,78	124	0,89	122	0,86	120	0,85	10,09	0,80
Sudeste	313	0,88	261	0,74	309	0,90	291	0,82	313	0,88	347	0,97	311	2,24	349	0,97	321	0,89	2,56	1,03
Sul	337	0,78	362	0,85	369	0,89	366	0,86	361	0,84	362	0,83	402	0,91	388	0,87	385	0,87	14,24	0,85
Endereço Ignorado	3	1,32	1	0,24	1	0,33	8	0,92	14	2,50	4	2,26	1	0,63	3	1,60	6	2,90	100,00	1,41

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 24. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 1500g a 1999g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 1500g a 1999g	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	3014	1,73	2928	1,71	2993	1,80	2958	1,72	3050	1,76	3227	1,86	3137	1,80	3188	1,81	3249	1,85	7,80	1,78
Centro	109	1,91	85	1,56	100	1,89	97	1,78	116	2,10	108	1,91	95	1,72	105	1,91	95	1,75	-12,84	1,84
Leste	674	1,69	614	1,57	679	1,79	660	1,70	676	1,72	725	1,83	702	1,78	720	1,79	758	1,87	12,46	1,75
Norte	635	1,74	629	1,78	664	1,93	660	1,89	628	1,76	648	1,85	603	1,71	641	1,81	649	1,85	2,20	1,81
Oeste	256	1,90	234	1,74	219	1,69	660	4,87	221	1,61	262	1,87	242	1,74	270	1,90	269	1,90	5,08	2,13
Sudeste	628	1,76	638	1,81	610	1,78	660	1,87	619	1,75	695	1,95	643	4,63	647	1,79	657	1,82	4,62	2,13
Sul	707	1,64	722	1,70	711	1,71	660	1,55	778	1,80	788	1,81	841	1,91	797	1,78	811	1,83	14,71	1,75
Endereço Ignorado	5	2,19	6	1,44	10	3,31	660	75,77	12	2,14	1	0,56	11	6,92	8	4,28	10	4,83	100,00	11,27

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP**Tabela 25.** Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 2000g a 2499g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 2000g a 2499g	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	11.046	6,33	10.653	6,22	10.382	6,23	10.687	6,23	10.576	6,10	10.929	6,29	10.751	6,17	10.788	6,11	11.096	6,31	0,45	6,22
Centro	355	6,24	304	5,59	288	5,45	309	5,66	323	5,85	324	5,72	305	5,53	308	5,60	309	5,68	-12,96	5,70
Leste	2.605	6,55	2.460	6,29	2.264	5,97	2.456	6,33	2.365	6,00	2.563	6,47	2.384	6,05	2.480	6,17	2.549	6,30	-2,15	6,24
Norte	2.303	6,31	2.293	6,49	2.200	6,40	2.152	6,16	2.190	6,14	2.208	6,29	2.145	6,10	2.115	5,97	2.185	6,23	-5,12	6,23
Oeste	809	6,00	842	6,25	754	5,82	807	5,95	810	5,89	880	6,28	856	6,16	795	5,60	928	6,55	14,71	6,06
Sudeste	2.189	6,13	2.090	5,93	2.153	6,27	2.177	6,17	2.148	6,06	2.178	6,11	2.230	16,04	2.171	6,00	2.213	6,12	1,10	7,20
Sul	2.776	6,43	2.637	6,22	2.703	6,50	2.722	6,38	2.687	6,23	2.760	6,33	2.818	6,38	2.902	6,48	2.891	6,52	4,14	6,39
Endereço Ignorado	9	3,95	27	6,49	20	6,62	64	7,35	53	9,45	16	9,04	13	8,18	17	9,09	21	10,14	133,33	7,81

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 26. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 2500g a 2999g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 2500g a 2999g	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	45.344	25,97	43.127	25,16	41.892	25,12	43.986	25,64	43.658	25,17	43.944	25,28	43.598	25,02	44.557	25,25	43.601	24,79	-3,84	25,27
Centro	1.402	24,63	1.303	23,94	1.271	24,04	1.357	24,86	1.299	23,53	1.291	22,78	1.386	25,15	1.306	23,74	1.242	22,84	-11,41	23,94
Leste	10.358	26,03	9.910	25,32	9.481	25,01	9.914	25,54	9.869	25,05	10.021	25,29	9.807	24,87	10.201	25,40	10.148	25,09	-2,03	25,29
Norte	9.452	25,91	8.931	25,28	8.687	25,27	8.958	25,64	8.997	25,23	8.816	25,12	8.810	25,05	8.935	25,23	8.659	24,68	-8,39	25,27
Oeste	3.418	25,37	3.342	24,81	3.258	25,14	3.440	25,36	3.447	25,07	3.539	25,27	3.444	24,77	3.583	25,23	3.509	24,75	2,66	25,09
Sudeste	9.371	26,24	8.931	25,35	8.475	24,68	8.988	25,48	8.953	25,26	9.030	25,34	8.966	64,49	9.051	25,03	9.007	24,89	-3,88	29,64
Sul	11.282	26,11	10.612	25,05	10.635	25,58	11.117	26,07	10.975	25,44	11.206	25,69	11.155	25,27	11.430	25,51	10.988	24,78	-2,61	25,50
Endereço Ignorado	61	26,75	98	23,56	85	28,15	212	24,34	118	21,03	41	23,16	30	18,87	51	27,27	48	23,19	-21,31	24,04

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP**Tabela 27.** Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 3000g a 3499g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 3000g a 3499g	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	72.600	41,58	71.672	41,82	69.797	41,86	71.714	41,80	72.525	41,81	72.087	41,47	73.059	41,92	73.435	41,62	73.497	41,79	1,24	41,74
Centro	2.363	41,51	2.282	41,93	2.285	43,22	2.276	41,69	2.266	41,04	2.400	42,34	2.230	40,46	2.349	42,69	2.307	42,43	-2,37	41,92
Leste	16.625	41,79	16.403	41,91	15.773	41,61	16.047	41,34	16.318	41,41	16.247	41,00	16.582	42,05	16.711	41,60	16.777	41,48	0,91	41,58
Norte	15.115	41,43	14.565	41,23	14.414	41,94	14.535	41,60	14.925	41,86	14.505	41,33	14.674	41,72	14.645	41,36	14.569	41,52	-3,61	41,55
Oeste	5.621	41,71	5.766	42,80	5.504	42,48	5.821	42,91	5.898	42,89	5.930	42,35	6.009	43,22	6.139	43,23	6.007	42,37	6,87	42,66
Sudeste	14.932	41,80	14.809	42,04	14.499	42,23	14.974	42,44	14.939	42,15	15.007	42,11	15.089	108,54	15.258	42,20	15.300	42,28	2,46	49,53
Sul	17.845	41,31	17.665	41,70	17.204	41,37	17.703	41,52	17.941	41,59	17.922	41,09	18.404	41,70	18.261	40,75	18.460	41,63	3,45	41,41
Endereço Ignorado	99	43,42	182	43,75	118	39,07	358	41,10	238	42,42	76	42,94	71	44,65	72	38,50	77	37,20	-22,22	41,45

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 28. Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 3500g a 3999g (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 3500g a 3999g	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	33.531	19,21	33.780	19,71	32.609	19,56	33.312	19,42	34.244	19,74	34.227	19,69	34.524	19,81	34.868	19,76	34.748	19,76	3,63	19,63
Centro	1.156	20,31	1.126	20,69	1.027	19,43	1.099	20,13	1.179	21,35	1.195	21,08	1.213	22,01	1.135	20,63	1.186	21,81	2,60	20,83
Leste	7.489	18,82	7.694	19,66	7.490	19,76	7.650	19,71	7.927	20,12	7.795	19,67	7.867	19,95	7.807	19,44	7.944	19,64	6,08	19,64
Norte	7.097	19,46	6.929	19,62	6.577	19,13	6.839	19,58	6.964	19,53	6.949	19,80	7.000	19,90	7.063	19,95	7.039	20,06	-0,82	19,67
Oeste	2.663	19,76	2.634	19,55	2.563	19,78	2.597	19,14	2.706	19,68	2.711	19,36	2.656	19,11	2.757	19,41	2.753	19,42	3,38	19,47
Sudeste	6.723	18,82	6.965	19,77	6.789	19,77	6.775	19,20	6.918	19,52	6.912	19,40	7.146	51,40	7.116	19,68	7.014	19,38	4,33	22,99
Sul	8.359	19,35	8.341	19,69	8.108	19,50	8.203	19,24	8.448	19,58	8.636	19,80	8.614	19,52	8.963	20,00	8.774	19,79	4,96	19,61
Endereço Ignorado	44	19,30	91	21,88	55	18,21	149	17,11	102	18,18	29	16,38	28	17,61	27	14,44	38	18,36	-13,64	17,94

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP**Tabela 29.** Número de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer – 4000g e + (%), segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Peso ao Nascer 4000g e +	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Média(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	6.565	3,76	6.802	3,97	6.536	3,92	6.315	3,68	6.849	3,95	6.772	3,90	6.530	3,75	6.907	3,91	7.059	4,01	7,52	3,87
Centro	231	4,06	251	4,61	216	4,09	233	4,27	253	4,58	259	4,57	210	3,81	239	4,34	224	4,12	-3,03	4,27
Leste	1.505	3,78	1.528	3,90	1.670	4,41	1.505	3,88	1.668	4,23	1.668	4,21	1.512	3,83	1.627	4,05	1.683	4,16	11,83	4,05
Norte	1.337	3,67	1.446	4,09	1.285	3,74	1.326	3,80	1.416	3,97	1.426	4,06	1.373	3,90	1.464	4,13	1.448	4,13	8,30	3,94
Oeste	511	3,79	473	3,51	472	3,64	482	3,55	496	3,61	499	3,56	493	3,55	473	3,33	511	3,60	0,00	3,57
Sudeste	1.350	3,78	1.316	3,74	1.300	3,79	1.238	3,51	1.321	3,73	1.250	3,51	1.305	9,39	1.351	3,74	1.426	3,94	5,63	4,35
Sul	1.626	3,76	1.778	4,20	1.582	3,80	1.500	3,52	1.677	3,89	1.662	3,81	1.632	3,70	1.747	3,90	1.761	3,97	8,30	3,84
Endereço Ignorado	5	2,19	10	2,40	11	3,64	31	3,56	18	3,21	8	4,52	5	3,14	6	3,21	6	2,90	20,00	3,20

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Tabela 30. Número de Nascidos Vivos por Tipo de Parto - Vaginal, segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Vaginal	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Media(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	88.790	50,80	83.987	49,06	80.239	48,13	81.154	47,30	81.527	47,00	81.100	46,65	80.424	46,15	81.234	46,04	80.803	45,95	-9,00	47,45
Centro	2.694	47,25	2.396	44,00	2.311	43,69	2.376	43,52	2.363	42,80	2.435	42,95	2.237	40,58	2.276	41,36	2.204	40,54	-18,19	42,97
Leste	23.305	58,48	22.052	56,30	20.909	55,16	20.447	52,68	20.730	52,62	20.853	52,62	20.797	52,74	21.053	52,42	20.974	51,86	-10,00	53,88
Norte	18.183	49,81	16.425	46,92	16.207	47,18	16.642	47,63	16.809	47,14	16.692	47,55	16.333	46,44	16.537	46,70	16.114	45,92	-11,38	47,25
Oeste	5.456	40,49	5.366	39,83	4.932	38,07	5.010	36,93	4.873	35,43	4.927	35,18	4.787	34,43	4.856	34,20	4.959	34,98	-9,11	36,61
Sudeste	15.985	44,69	15.428	43,74	14.578	42,46	14.351	40,68	14.352	40,49	14.082	39,51	13.911	38,70	13.997	38,71	14.104	38,97	-11,77	40,88
Sul	23.053	53,29	22.155	52,27	21.148	50,86	21.948	51,48	22.146	51,34	22.039	50,51	22.287	50,50	22.435	50,06	22.363	50,43	-2,99	51,19
Endereço Ignorado	114	49,78	165	39,47	154	51,16	380	43,53	254	45,44	72	40,68	72	45,00	80	43,48	85	40,09	-25,44	44,29

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP**Tabela 31.** Número de Nascidos Vivos por Tipo de Parto - Cesáreo, segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2004 a 2012

Cesáreo	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	Dif(%)	Media(%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	85.998	49,20	87.188	50,94	86.477	51,87	90.415	52,70	91.944	53,00	92.749	53,35	93.838	53,85	95.196	53,96	95.055	54,05	10,53	52,55
Centro	3.008	52,75	3.050	56,00	2.978	56,31	3.084	56,48	3.158	57,20	3.234	57,05	3.275	59,42	3.227	58,64	3.233	59,46	7,48	57,03
Leste	16.545	41,52	17.115	43,70	16.995	44,84	18.368	47,32	18.666	47,38	18.774	47,38	18.636	47,26	19.109	47,58	19.468	48,13	17,67	46,12
Norte	18.319	50,19	18.584	53,08	18.145	52,82	18.298	52,37	18.850	52,86	18.409	52,45	18.840	53,56	18.872	53,30	18.970	54,06	3,55	52,74
Oeste	8.020	59,51	8.107	60,17	8.024	61,93	8.556	63,07	8.880	64,57	9.077	64,82	9.118	65,57	9.343	65,80	9.218	65,02	14,94	63,38
Sudeste	19.786	55,31	19.845	56,26	19.755	57,54	20.929	59,32	21.093	59,51	21.556	60,49	22.031	61,30	22.160	61,29	22.072	60,99	11,55	59,11
Sul	20.205	46,71	20.234	47,73	20.433	49,14	20.687	48,52	20.992	48,66	21.594	49,49	21.850	49,50	22.381	49,94	21.977	49,56	8,77	48,81
Endereço Ignorado	115	50,22	253	60,53	147	48,84	493	56,47	305	54,56	105	59,32	88	55,00	104	56,52	117	55,19	1,74	55,18

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

5 DISCUSSÃO

Em análise ao **perfil da mãe**, no município de São Paulo, entre os anos de 2004 a 2012, no contexto geral a pesquisa apontou que 99,45% dos nascimentos ocorreram em ambiente hospitalar, sendo que 25,68% das mães tinham entre 25 a 29 anos, e 55,47% das gestantes haviam concluído o Ensino Médio Completo. Houve predomínio de mães solteiras, com 57,28%. A maioria das gestantes, 73,49%, realizou entre 7 ou mais consultas de pré-natal. Já com relação ao período gestacional, 89,90% dos nascidos vivos apresentavam idade fetal de prematuro limítrofe, considerada no intervalo de 37 a 41 semanas, 7,84% prematuros moderados, com 32 a 36 semanas, e 0,55% prematuros extremos, nascidos com idade gestacional no intervalo de 22 a 30 semanas. Uma média de 97,54% das gestantes apresentou uma gravidez única. Com relação ao tipo de parto, 52,55% foram cesáreos e 47,45% vaginais.

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

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

prematuridade figura como a principal causa relacionada, que na maioria dos casos está referida com a pouca idade e baixa escolaridade da gestante.

Foi observado que no município de São Paulo 99,45% dos nascimentos ocorreram em ambiente hospitalar. No município de Belo Horizonte (MG), a proporção de nascimentos em ambiente hospitalar foi de 99,6%. No município de Chapecó (SC), mais de 99% dos partos foram hospitalares. No Brasil, 80% das gestantes tiveram parto hospitalar. Essa alta proporção corrobora o exposto em Ferreira et al. (2018), que no Brasil a assistência obstétrica é predominantemente hospitalizada e medicalizada. Nesse sentido, como apontam Puccini et al. (2003) para as políticas públicas e a gestão de recursos financeiros, o parto vaginal é o mais econômico. Assim, o parto cesáreo deve ocorrer somente quando há indicação pelo risco na gestação, tanto para a gestante quanto para o bebê.

Enfatizando a análise por faixa etária das mães residentes no município de São Paulo, a proporção predominante foi de 25,68% entre 25 a 29 anos. É importante salientar que existem mães adolescentes na faixa etária que pressupõe uma gestação de maior risco. Nesse grupo estão adolescentes entre 15 a 19 anos, com proporção de 13,93%. As mães entre 35 a 45 ou mais apresentam uma média de 14,37%. No município de Belo Horizonte (MG), as gestantes adolescentes representaram 14,5%. Houve um predomínio das mães com 20 a 34 anos, com 71,5%. No município de Chapecó (SC), 26% das gestantes tinham idade entre 25 a 29 anos, e 15% entre 15 a 19 anos. Ainda se observa que 14,2% das gestantes apresentavam de 35 a 45 anos ou mais. Esses dados ratificam o exposto em Correio et al. (2016), que no Brasil esse perfil etário de 25 a 29 anos tem se mantido nas características das gestantes.

Continuando no contexto geral do Município de São Paulo, agora observando o **perfil dos nascidos vivos**, foi notado que: 51,20% eram do sexo masculino e 48,80% do sexo feminino; 61,37% nasceram com peso normal de 3000g a 4000g; e 38,64% estavam nas faixas de peso insuficiente ou macrossomia. Nos índices de vitalidade do recém-nascido, o Apgar de 1º min, 86,71% estavam na faixa de 8 a 10, com boa vitalidade; 11,45% estavam na faixa de 4 a 7, com asfixia moderada; e 1,85% estava na faixa de 0 a 3, com asfixia grave. Com relação ao Apgar de 5º min, 97,74% estavam na faixa de 7 a 10, com boa vitalidade e boa adaptação; 1,90% dos recém-nascidos estava na faixa de 4 a 6, com asfixia moderada, e 0,37% estava na faixa de 0 a 3, com asfixia grave. Sobre a anomalia congênita, 98,90% não apresentaram anomalia e 1,10% apresentou anomalia congênita.

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

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

Na variável de **consulta pré-natal**, cujas mães residentes não realizaram nenhuma consulta os valores comparados de 2004 a 2012 diminuíram o que foi positivo, estando em destaque as coordenadorias do Centro, Norte e Sudeste, que no intervalo de 2009 a 2012 tiveram um aumento da aderência das mães na realização de mais de uma consulta no pré-natal. Se observada a variável de 7 consultas ou mais, os valores dos nascimentos com relação a 2004 aumentaram, somente em destaque a região Norte onde houve uma pequena diminuição dos seus valores. Mereceram destaque, ao que é preconizado pela OMS, cujo ideal

é que a gestante realize de 6 a mais consultas de pré-natal, as coordenadorias Leste, Sudeste e Sul. Porém, em 2012, todas as coordenadorias tiveram uma diminuição dos seus valores de número de consultas realizadas pelas gestantes. A coordenadoria Oeste teve uma média de 81,46% de adesão das residentes gestantes, antes e após o Mãe Paulistana, na realização de 7 consultas ou mais.

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

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

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

Viellas et al. (2014), na pesquisa Nacer no Brasil, realizada em 2011 e 2012, sobre assistência pré-natal no Brasil, mostraram em seus resultados uma alta cobertura da assistência pré-natal no Brasil,

os resultados mostram cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%) tendo 75,8% das mulheres iniciado o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. O pré-natal foi realizado, sobretudo, em unidades básicas (89,6%), públicas (74,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%), e 96% receberam o cartão de pré-natal. Um quarto das gestantes foi considerado de risco. Do total das entrevistadas, apenas 58,7% foram orientadas sobre a maternidade de referência, e 16,2% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto. (Viellas et al., 2014, p. 85)

Na maioria das regiões do Brasil, o índice de assistência pré-natal é alto, equivalente a 99,5% na região Sul, e 98,8% na região Sudeste. A região Sudeste apresentou 79,7% de consultas pré-natal com número maior ou igual a 6 consultas. As regiões Norte e Nordeste apresentaram índices baixos: 16,2% realizaram de 1 a 3 consultas; 26,4% realizaram de 4 a 5 consultas; e 57,3% realizaram 6 ou mais consultas pré-natais.

Com relação à **idade**, nas gestantes analisadas no Brasil com idade entre 10 a 35 anos ou mais, as maiores proporções de assistência pré-natal estão entre as gestantes com 20 a 34 anos, e 35 anos ou mais, apresentando índices de 98,7%. As melhores proporções de início da assistência ao pré-natal estiveram entre as gestantes com idade de 35 anos ou mais, representando 82%, e entre 20 a 34, computando 77,5%. O mesmo equivale às proporções de números de consultas de pré-natal, com 79,4% e 75,2%, respectivamente. As piores proporções de início ao pré-natal e número de consultas estavam entre as adolescentes com idade de 10 a 19 anos. Quanto ao início ao pré-natal, houve adesão de 51,7% das jovens. Para as consultas, 26% frequentaram entre 1 a 3 consultas, 22,3% de 4 a 5 consultas, e 51,7% em 6 ou mais consultas.

Segundo Castro (2015) a hospitalização do parto no Brasil ocorreu fortemente após os anos de 1930, quando não somente as mulheres solteiras e as de baixa renda e sem apoio social, mas também as mulheres de classe média e alta foram convencidas da importância da realização do parto em um hospital. Esse local então passou a ser considerado ideal para o parto. Dados brasileiros² apontam que, até 2015, 98% dos partos ainda ocorrem em hospitais. Isso se deve ao fato da universalização de políticas públicas de saúde que privilegiaram a

² Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006).

saúde materno-infantil e garantiram o acesso à assistência hospitalar para mulheres de diferentes extratos sociais. (Castro, 2015).

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

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

Mulheres com idade acima de 35 anos estão mais sujeitas a doenças que podem levar ao parto prematuro eletivo. De acordo com França et al. (2017), lidera como principal causa de óbitos na infância no Brasil a prematuridade, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade. Habitualmente, 50% dos partos prematuros têm etiologia desconhecida, mas há fatores de risco associados que são classificados em epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, iatrogênicos e desconhecidos.

Em resumo, como observado no Comparativo de Dados Gerais do município de São Paulo e dos Dados Específicos, no intervalo antes da implantação e após a implantação do Programa Mãe Paulistana, com relação ao Brasil e a outros municípios, notou-se que foi

importante a implantação do Programa Mãe Paulistana, pois, dessa forma, a vigilância dos dados tem impacto direto na aplicação da continuidade e da qualidade do atendimento e da assistência ao pré-natal, parto e puerpério no município de São Paulo ao longo dos anos, e em todas as suas regiões de saúde, abrangendo, assim, com cuidados, o maior número possível de mães e recém-nascidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

O estudo buscou identificar que, no município de São Paulo (SP), no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2012, os perfis dos nascidos vivos tiveram os seguintes resultados: 99,45% dos nascimentos ocorreram em ambiente hospitalar, de mães com 25 a 29 anos, a maioria mães solteiras com ensino médio completo.

Com relação ao número de consultas de pré-natal, 73,49% das gestantes analisadas realizaram entre 7 ou mais consultas. Já em relação ao período gestacional, 89,90% dos nascidos vivos estavam na faixa etária normal, entre 37 a 41 semanas, considerada prematuros limítrofes; 7,84% estavam dentro dos pré-maturos moderados, com 32 a 36 semanas; e 0,55% foram prematuros extremos, que nasceram no intervalo de 22 a 30 semanas. A maioria das gestantes, uma média de 97,54%, teve gravidez única. Sobre o tipo de parto, 52,55% foram cesáreos e 47,45%, vaginais. De acordo com o sexo dos nascidos vivos, 51,20% eram do sexo masculino e 48,80% do sexo feminino.

De acordo com o peso, os nascidos vivos apresentaram 41,74% peso normal, em contrapartida, 0,64% estava nas faixas de extremo baixo peso (EBP) e imaturos/micros. Quanto aos índices de vitalidade do recém-nascido, o Apgar de 1º min, 86,71% estavam na faixa de 8 a 10, com boa vitalidade; 11,45% estavam na faixa de 4 a 7, com asfixia moderada; e 1,85% estava na faixa de 0 a 3, com asfixia grave. Com relação ao Apgar de 5º min, 97,74% estavam na faixa de 7 a 10, com boa vitalidade e boa adaptação; 1,90% dos recém-nascidos estava na faixa de 4 a 6, com asfixia moderada; e 0,37% estava na faixa de 0 a 3, com asfixia grave. Sobre a anomalia congênita, 98,90% não apresentaram anomalia. Notou-se que, no geral, para cada variável, ocorreu uma crescente do número de nascimentos em relação aos cuidados mínimos, que garantiram boas condições de pré-natal, parto e puerpério das mães residentes no município de São Paulo, principalmente com a atenção voltada pelas coordenadorias.

Em comparação às proporções dos perfis dos recém-nascidos brasileiros como de outros municípios analisados no mesmo período, os cuidados com o pré-natal, parto e puerpério mantiveram-se constantes no município e em suas coordenadorias, e com níveis percentuais com valores médios e acima do que é preconizado por instituições nacionais e mundiais, como Conselhos de Ginecologia e Obstetrícia, os Conselhos de Pediatria e a OMS, respectivamente. Um ponto de atenção são as proporções de parto cesáreo que ainda não conseguiram atingir os valores entre 10% a 15%, referenciados pela OMS.

Como contribuição para a prática, fica aqui orientado que o acompanhamento dos dados dos perfis epidemiológicos é de extrema importância para a continuidade da qualidade na oferta dos serviços de saúde, e para uma maior cobertura e organização da rede de atenção, que envolva desde consultas até a rede hospitalar de atendimento dessas gestantes e puérperas, para a melhoria contínua da gestão na assistência ao pré-natal. Projetos que garantam e vislumbrem esse cuidado devem ser levados como exemplo para outros municípios e estados brasileiros. O município de São Paulo, desde 2006, visando a organização da assistência ao pré-natal e o melhor atendimento à gestante, lançou o Programa Mãe Paulistana, com incentivo ao acesso às consultas e serviços oferecidos, como o cartão de transporte para idas e vindas da gestante no período das consultas abrangendo até o período de 2 anos após o parto. O direcionamento da gestante para a maternidade de referência também é um ponto importante de contribuição para a prática.

O presente estudo também considerou a Declaração de Nascido Vivo um importante instrumento para avaliação da realidade epidemiológica local, em decorrência do baixo percentual de dados ignorados. Concluindo que a variável local de residência materna, como a usada em toda a pesquisa, deverá ser considerada ao se avaliarem e planejarem estratégias e ações que visem a qualidade da assistência à mulher no período da gestação, parto, puerpério e ao seu recém-nascido.

6.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

A vigilância epidemiológica tem como objetivo alcançar o registro correto de todos os casos das doenças sob vigilância, melhorando, assim, a sensibilidade do sistema. Existem iniciativas para reduzir a subnotificação, e uma das mais importantes foi a instituição dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar, hoje atuantes no país em hospitais de referência,

utilizando a busca ativa de casos como estratégia para aprimorar a notificação de doenças. Outra iniciativa, no caso do município de São Paulo, foi disponibilizar na página da Secretaria de Saúde os *links* para acesso aos sistemas de informação utilizados para notificação e acompanhamento da saúde dos nascidos vivos e puérperas. A notificação dos nascidos vivos possui um acompanhamento direto da Coordenação de Epidemiologia e Informação, incentivando a rede de estabelecimentos sobre a responsabilidade da notificação correta.

Como sugestão para pesquisas futuras, evidenciamos a importância de se ir a campo para análises nas UBS de algumas coordenadorias em que ocorreram os maiores índices de nascidos vivos para analisar outras variáveis, preconizadas pelo Programa Mãe Paulistana e Pela Rede Cegonha. Detectar problemas e propor soluções baseadas em pesquisa de campo com os profissionais, as gestantes e puérperas. Pensando na Portaria da Secretaria Municipal da Saúde – SMS Nº 120 de 11 de março de 2020 –, que institui nova designação ao Programa de Saúde da Gestante e do Recém-nascido (RN) do município de São Paulo e insere ações complementares ao Decreto nº 46.966/2006, seria interessante, nos modelos de Qualidade e Certificação, montar uma proposta de *checklist* de Auditoria de Qualidade de Processos, com seus resultados e acompanhamentos dos Planos de Ação, adotando o modelo de Gestão PDCA (Plan, Do, Check, Act), aplicados a um *Software* de Auditoria Interno que apoie nas medições e no acompanhamento com *Dashboards* de Plano de Ação.

REFERÊNCIAS

- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: Um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389–394.
- Cassiano, A. C. M., Carlucci, E. M. de S., Gomes, C. F., & Bennemann, R. M. (2014). Saúde materno infantil no Brasil: Evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, 65(2), 227–244.
- Castro, C. M. de. (2015). Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(1), 69–75.
- Correio, R. A. da S., Correio, L. F., & Correio, M. A. B. (2016). *Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC*.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 7–14.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627–637.
- Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M. dos, & Leal, M. do C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: Contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Sup), S52–S62.
- Ferreira, V. A., Gomes, N. S., Pissetti, C. W., da Silva, S. R., & Ruiz, M. T. (2018). Perfil epidemiológico dos nascidos vivos em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8.
- Filho, C., & Porto, A. D. (2013). Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2413–2420.
- Fonseca, C. M. O. (1993). A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 3, 97–116.
- Nunes, A. D. da S., Amador, A. E., Dantas, A. P. de Q. M., Azevedo, U. N. de, & Barbosa, I. R. (2017). Acesso à assistência pré-natal no Brasil: Análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(3).

- Osis, M. J. M. D. (1998). Paism: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 25–32.
- Patah, L. E. M., & Malik, A. M. (2011). Modelos de assistência ao parto e proporção de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45, 185–194.
- Paz, A. P. B., & Salvaro, G. I. J. (2011). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Propostas educativas em foco. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*.
- Pereira, A. R. (1999). A criança no Estado Novo: Uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*, 19(38), 165–198.
- Puccini, P. de T., & Cecílio, L. C. de O. (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1342–1353.
- Puccini, R. F., Pedroso, G. C., Silva, E. M. K. da, Araújo, N. S. de, & Silva, N. N. da. (2003). Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 35–45.
- Santos Neto, E. T. dos, Alves, K. C. G., Zorzal, M., & Lima, R. de C. D. (2008). Políticas de saúde materna no Brasil: Os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 107–119.
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G., & Lago, T. di G. do. (2004). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1281–1289.
- Silveira, M. F., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Matijasevich, A., Barros, F. C., & Victora, C. G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: Revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 957–964.
- Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. de. (2005). Satisfação e responsividade: Formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 599–613.
- Victora, C. G., Aquino, E. M., Leal, M. do C., Monteiro, C. A., Barros, F. C., & Szwarcwald, C. L. (2011). *Saúde de mães e crianças no Brasil: Progressos e desafios*.

Vieira, E. M., Badiani, R., Dal Fabbro, A. L., & Rodrigues Junior, A. L. (2002).

Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36, 263–270.

Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N. da, Theme Filha, M. M., Costa, J. V. da, Bastos, M. H., & Leal, M. do C. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl.), 85–S100.