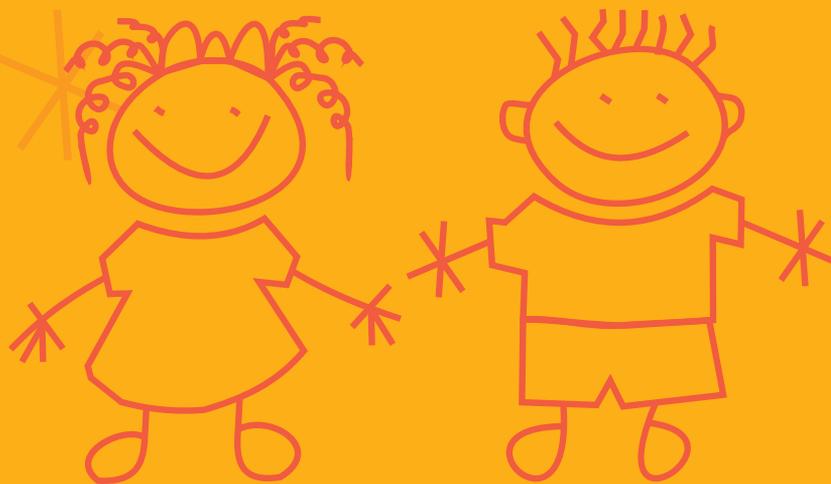


Nascer na cidade de São Paulo: 15 anos do SINASC



© 2015, Prefeitura do Município de São Paulo.
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.
Boletim CEInfo Análise | Ano X, nº 11, Maio/2015 | Tiragem: 2.000 exemplares.

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Fernando Haddad

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

José de Filippi Junior

SECRETÁRIO ADJUNTO

Paulo de Tarso Puccini

CHEFE DE GABINETE

Cormarie Guimarães Perez

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo

Margarida M T A Lira

Autores

Eliana de Aquino Bonilha
Eneida Sanches Ramos Vico
Marina de Freitas
Suely Miya Shiraishi Rollemberg Albuquerque

Colaboração

Adalberto Kiochi Aguemí
Breno Souza de Aguiar
Cíliane Matilde Sollitto
Hélio Neves
Leny Kimie Yamashiro Oshiro
Marcelo Antunes Failla
Patrícia Carla dos Santos
Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Conselho Editorial da CEInfo

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos
Breno Souza de Aguiar
Eneida Ramos Vico
Hélio Neves
Josane Cavalheiro
Leny Kimie Yamashiro Oshiro
Margarida M T A Lira
Michel Naffah Filho

Projeto gráfico e editoração

Cristina R. Guedes
Lucas Acencio Dantas

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque
CEP: 01223-906 - São Paulo - SP
e-mail: sinasc@prefeitura.sp.gov.br
Fones: (11) 3397-2242 / 2253 / 54 / 55
Home Page: www.prefeitura.sp.gov.br/saude
Versão eletrônica: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>

Ficha Catalográfica

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Nascer na cidade de São Paulo: 15 anos do SINASC. Boletim CEInfo Análise | Ano X, nº 11, Maio/2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 40 p.

1. Sistemas de informação 2. Nascido Vivo 3. Nascimentos 4. Assistência ao parto

Sumário

Apresentação	05
Resumo	06
A construção do SINASC na cidade de São Paulo	07
Onde moram as mães?	12
A dinâmica do nascer na cidade de São Paulo: os deslocamentos para assistência ao parto	13
O município de São Paulo como destino	13
O município de São Paulo como origem	15
Tipo de gestão dos estabelecimentos de saúde onde ocorreram os partos	16
A assistência à saúde da gestante e bebê no pré-natal	18
Tipo de parto	19
Partos ocorridos nos domicílios	23
Cor da pele ou raça	27
Peso ao nascer	28
Idade gestacional	30
Nacionalidade das mães	30
Idade e escolaridade das mães	32
Considerações finais	35
Referências consultadas	36
Anexo	37



Apresentação

A edição deste “Boletim CEInfo Análise – SINASC 15 anos” retrata o desenvolvimento e as transformações das condições de gestação e nascimento deste período, na cidade de São Paulo, sob a perspectiva epidemiológica.

A construção de um sistema de informação pode ser comparada a uma orquestra que reúne diferentes instrumentos, cada qual produzindo diferentes acordes, todos sob a direção de um regente, cujo produto final é o encadeamento de sons harmônicos e de qualidade. Assim se organiza o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) na cidade de São Paulo, uma vez que exige um trabalho coletivo integrado, responsável, contínuo e participativo de diversos atores: Supervisões Técnicas de Saúde, hospitais públicos e privados, cartórios, profissionais autônomos (médicos e enfermeiras obstetras e obstetrizas), sob o comando da Gerência do SINASC.

Espera-se que este documento possa contribuir para a definição de políticas públicas e ações, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

Parabéns a todos!

Margarida M T de Azevedo Lira
Coordenadora da CEInfo - SMS - SP

Resumo

A construção do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) na cidade de São Paulo exigiu da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo)/ Gerência do SINASC, nestes 15 anos, o planejamento de estratégias junto a todos os hospitais que realizam partos, cartórios e profissionais liberais. Objetivando sempre a qualidade da informação, estabeleceu vínculos com os diferentes segmentos, criou o Selo SINASC, certificado de qualidade e pontualidade das informações e desenvolveu sistemas informatizados de apoio, LocalizaWeb e Monitora SINASC.

O resultado é a nítida melhora do preenchimento, maior confiabilidade nas informações e ampliação do seu uso para proteção, promoção e assistência à saúde.

Este Boletim destaca alguns aspectos da gestação, das condições do parto e do recém-nascido. Apresenta também o deslocamento para a assistência ao parto entre municípios, todas informações primordiais ao planejamento de políticas públicas.

Descritores: Sistemas de informação, Nascido Vivo, Nascimentos, Assistência ao parto

NASCER NA CIDADE DE SÃO PAULO: 15 ANOS DO SINASC

A construção do SINASC na cidade de São Paulo

Enfrentar as questões de saúde exige que autoridades, gestores e técnicos conheçam a realidade para planejar com responsabilidade e priorizar ações com maior efetividade e eficiência no uso dos escassos recursos para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O conhecimento de determinados aspectos de saúde relacionados aos recém-nascidos e suas mães, sob o ponto de vista epidemiológico, passou a ser possível no Brasil com a criação e implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, pelo Ministério da Saúde, de forma gradativa, a partir de 1990, tendo por objetivo coletar dados sobre os nascimentos ocorridos em todo território nacional.

No município de São Paulo, a implantação do SINASC por parte da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-SP) ocorreu há 15 anos. Essa operação começou em 1999 e requereu a elaboração de 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 (DN), 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 Oficinas de Registro Civil junto à SMS - SP, regulamentado por Ofício circular 280/2011¹, 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

¹ Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/sinasc



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 desses 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 construção 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, cursos voltados ao aprimoramento de diagnóstico das anomalias congênitas para médicos e enfermeiros e seu devido apontamento no SINASC, sendo este último 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.

O desenvolvimento de aplicativos disponibilizados via web, como Localiza Web, para codificar campos de endereço de residência materna e, mais recentemente, o Monitora SINASC, visam facilitar, agilizar e qualificar o trabalho dos profissionais, permitem o monitoramento constante das informações digitadas, não só pela Gerência do SINASC, mas também pelos profissionais de hospitais e de Supervisões Técnicas de Saúde, conferindo-lhes maior autonomia e participação, pois possibilita visualizar e corrigir inconsistências, incompletudes e DN que não foram digitadas.

Tabela 1: Número e proporção de estabelecimentos de saúde certificados com os Selos SINASC ouro e prata. Município de ocorrência São Paulo, 2009 a 2014.

Ano	Ouro		Prata		Sem selo		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2009	29	37,7	27	35,1	21	27,3	77	100,0
2010	48	64,9	22	29,7	4	5,4	74	100,0
2011	44	64,7	14	20,6	10	14,7	68	100,0
2012	38	53,5	22	31,0	11	15,5	71	100,0
2013	42	59,2	21	29,6	8	11,3	71	100,0
2014	43	60,6	20	28,2	8	11,3	71	100,0

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, maio 2015.

* Foram incluídos na avaliação de 2009 a 2012, os estabelecimentos com mais de 50 nascidos vivos no ano e em 2013/2014, aqueles com mais de 30 nascidos vivos no ano.

Outro avanço na construção do sistema é a disponibilização de suas informações para consultas ou downloads:

- Publicações disponíveis para consulta e download na página da SMS-SP², além de materiais didáticos para a gestão: Manual de preenchimento da DN, Manual para aperfeiçoamento do diagnóstico de anomalias congênitas e outros, que podem ser utilizados por profissionais dos hospitais e outros estabelecimentos de saúde, outros municípios e estados do Brasil.
- **Tabnet SINASC³** - aplicativo desenvolvido pelo Ministério da Saúde para tabulação de dados, disponível na página da internet da SMS-SP com dados do SINASC do município de São Paulo.

A disponibilização dos dados do SINASC no site da SMS-SP da mesma forma que outros sistemas de saúde, desenvolvidos e implantados pelo MS em todo o Brasil, tem se constituído ferramenta de valor para análises epidemiológicas. Uma das maiores vantagens dessa utilização é permitir que pesquisadores e profissionais da rede de assistência à saúde realizem, a baixo custo, estudos de base populacional, possibilitando novas formas de análises da situação de saúde e de avaliação dos serviços.

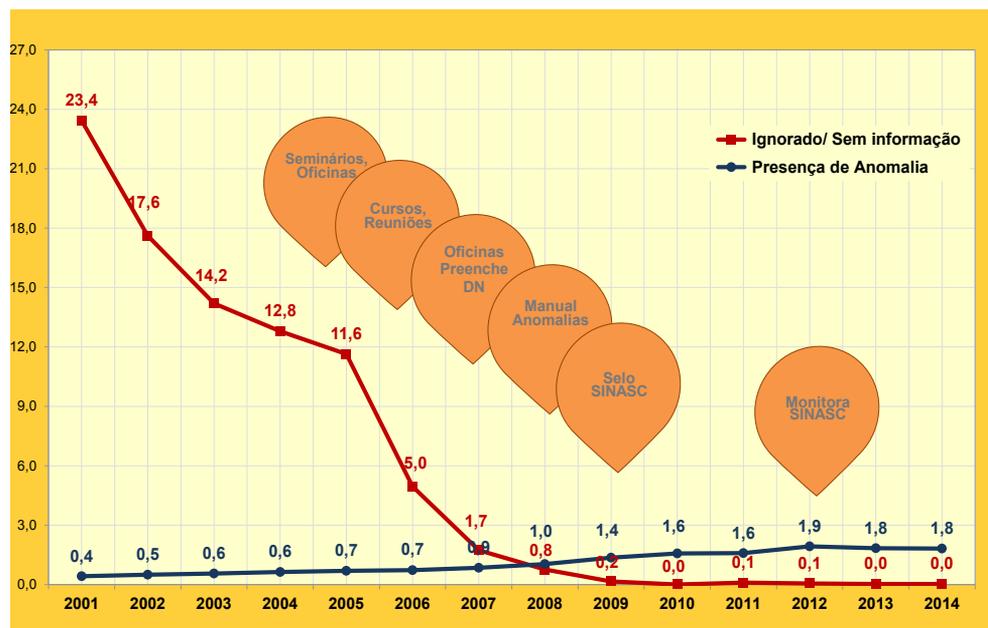
² www.prefeitura.sp.gov.br/sinasc

³ http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/nascidos_vivos/index.php?p=159923

As trocas constantes entre os diversos níveis do sistema municipal de saúde, central, regional, local (hospitais) e cartórios proporcionaram confiança, reciprocidade e estímulo, resultando em progressivo empenho dos envolvidos no processo de captação e registro das informações na DN e no sistema, e maior agilidade, precisão e rapidez na execução das correções, quando necessárias, conseqüente aumento na cobertura das informações dos partos ocorridos na cidade.

Como decorrência identificou-se o declínio das informações ausentes ou ignoradas na base de dados, e pode-se considerar que o município de São Paulo alcançou índices excelentes. Exemplo disso são as informações sobre anomalias congênitas, cujos resultados de qualidade acompanharam as estratégias adotadas, conforme retrata a Figura 2.

Figura 2: Proporção de nascidos vivos segundo presença de anomalia congênita ou informação ignorada por ano de nascimento. Município de ocorrência São Paulo, 2001 a 2014.

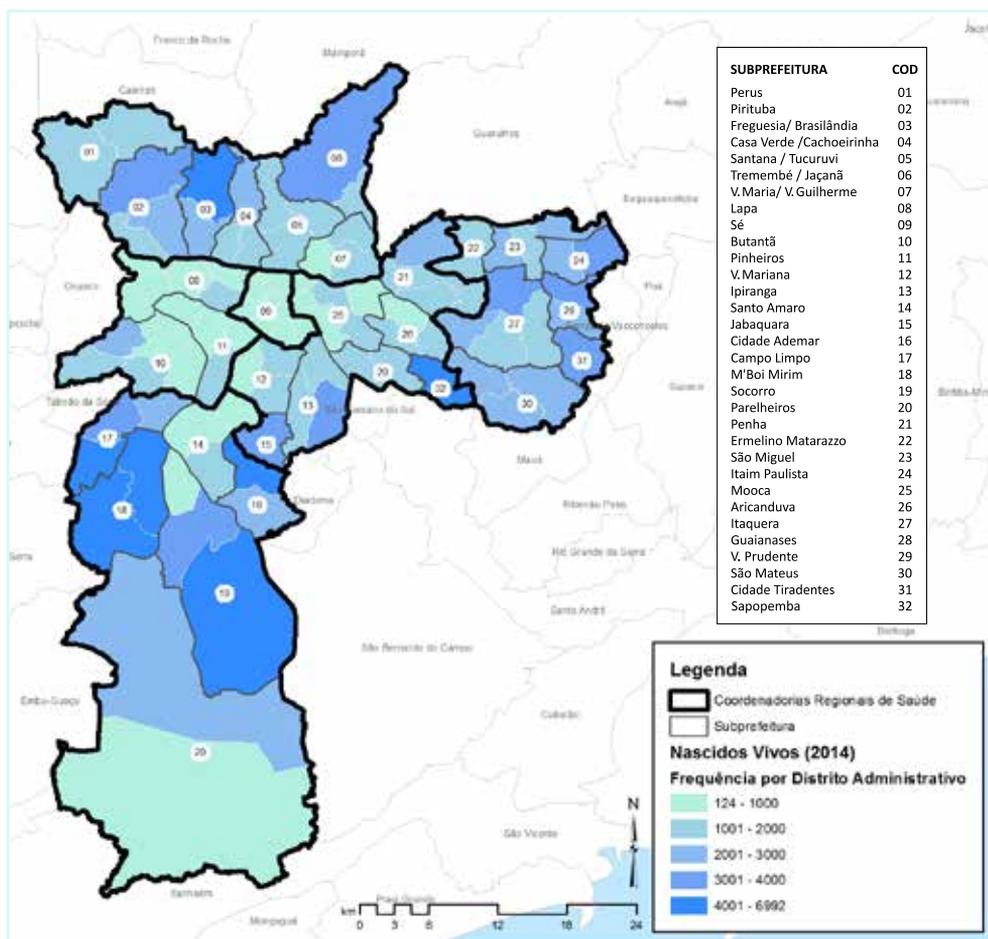


Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP

Onde moram as mães?

Para que gestores possam se organizar para o atendimento de cerca de 176.000 nascidos vivos ao ano e de mães residentes no município, é essencial conhecer onde moram. As Subprefeituras com maior número de nascimentos foram Freguesia do Ó/Brasilândia, Capela do Socorro e Campo Limpo e as com menor concentração estão localizadas principalmente nas regiões central e oeste do município (Figura 3).

Figura 3: Número de nascidos vivos segundo distrito administrativo e Subprefeitura de residência da mãe. Município de residência São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP. Elaboração: GISA/ CEInfo/SMS-SP, maio 2015.

A dinâmica do nascer na cidade de São Paulo: os deslocamentos para assistência ao parto

- O município de São Paulo como destino

Nesses quinze anos de SINASC foi possível identificar aumento de 9,4% (2001) para 14,7% (2014) de mães residentes em outras localidades que deram à luz no município de São Paulo, o que confirma o município como pólo de atração crescente na área de serviços de saúde (Tabela 2).

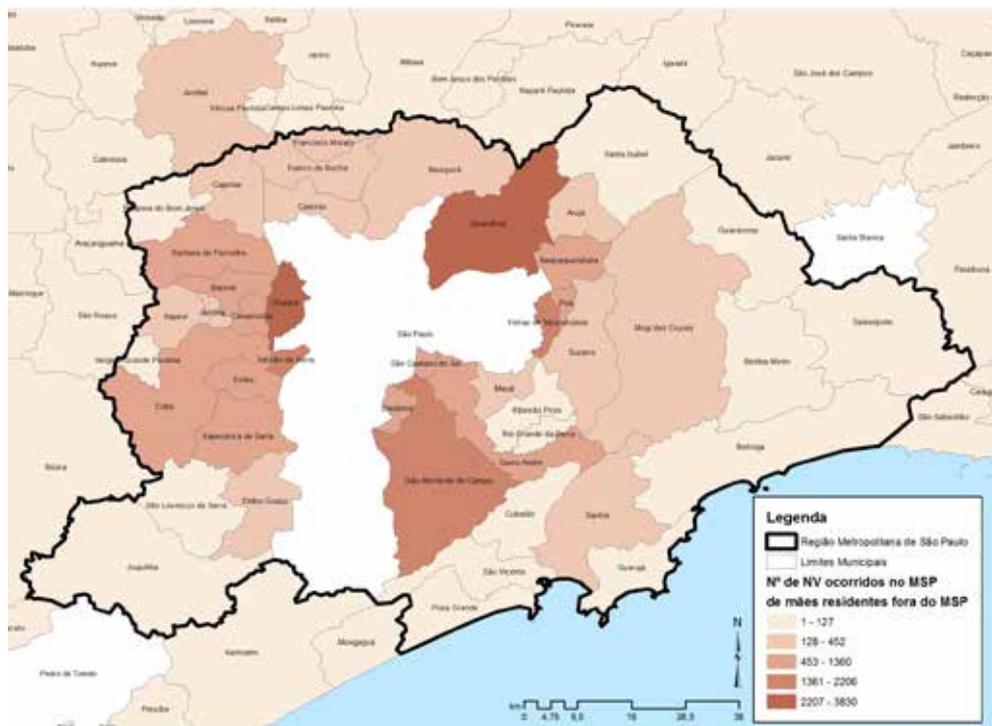
Tabela 2: Nascidos vivos de mães residentes em outras cidades e ano de nascimento. Município de ocorrência São Paulo, 2001 a 2014.

Ano do Nascimento	Residentes em outros municípios		Total de nascidos vivos ocorridos *
	nº	%	
2001	18.535	9,4	196.988
2002	20.438	10,4	196.757
2003	21.017	10,7	195.716
2004	22.456	11,4	197.261
2005	22.618	11,6	194.183
2006	23.956	12,6	190.703
2007	23.891	12,6	188.873
2008	22.751	12,0	189.764
2009	23.899	12,5	191.323
2010	23.990	12,5	191.549
2011	24.694	12,7	194.186
2012	25.919	13,3	195.107
2013	26.561	13,8	192.678
2014	29.211	14,7	198.058

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP, abril 2015

Em 2014, das 29.211 mulheres que se deslocaram de outras localidades para a realização do parto no município de São Paulo, 93,7% (27.365) eram residentes na região metropolitana de SP, sendo quase 50% provenientes de seis cidades: Guarulhos 13,1% (3.830), Osasco 11,4% (3.337), Ferraz de Vasconcelos 7,6% (2.206), São Bernardo do Campo 6,7% (1.969), Taboão da Serra 5,1% (1.504) e Diadema 4,7% (1.360). As residentes em outros municípios do estado foram 5,4% (1.576) e de outros estados da federação foram 0,9% (267). Os serviços privados foram o local de ocorrência da maioria dos partos (80%).

Figura 4: Número de nascidos vivos de mães residentes em outras cidades. Município de ocorrência São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP. Elaboração: GISA/ CEInfo/SMS-SP, maio 2015.

- O município de São Paulo como origem

O deslocamento de mulheres residentes no município de São Paulo para assistência ao parto em outro município manteve-se próximo de 4% no período de 2007 a 2014 (**Tabela 3**). Os dados estão disponíveis somente a partir de 2007, por falta de funcionalidade no sistema SINASC. Atualmente o sistema permite recuperar informações das mães residentes no município de São Paulo cujos partos ocorreram em outro município.

Tabela 3: Nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo, cujos partos ocorreram em outras cidades, 2007 a 2014.

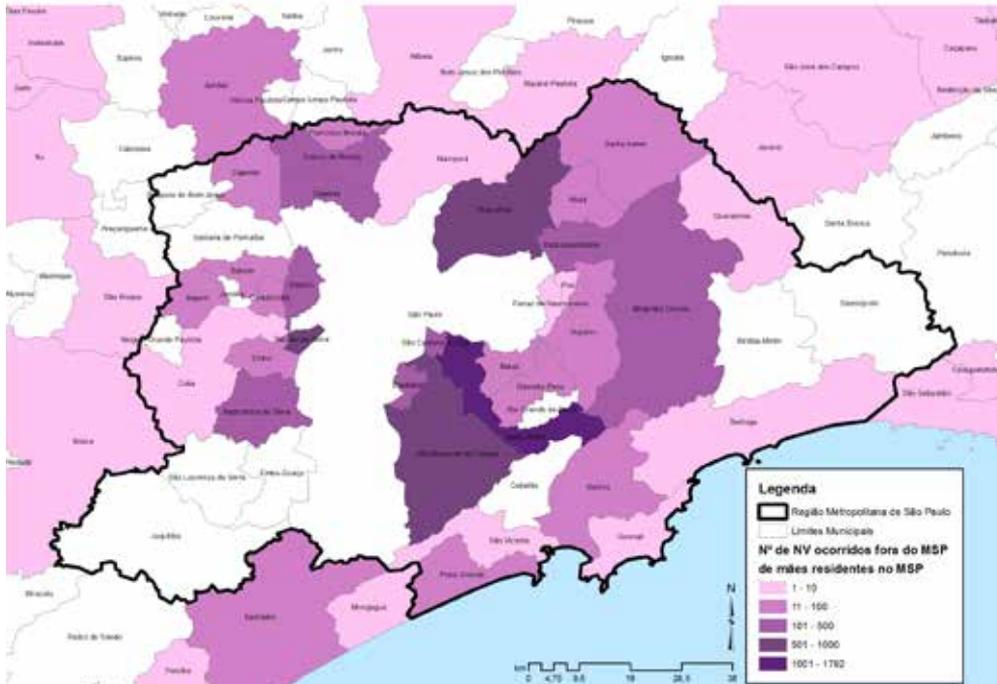
Ano do nascimento	Partos em outros municípios		Total de nascidos vivos residentes *
	nº	%	
2007	6.594	3,8	171.576
2008	6.489	3,7	173.502
2009	6.431	3,7	173.855
2010	6.716	3,9	174.275
2011	6.958	3,9	176.450
2012	6.696	3,8	175.884
2013	6.826	3,9	172.943
2014	6.925	3,9	175.772

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP, abril 2015

Em 2014, dos 6.925 nascidos vivos que nasceram em outras localidades, 93,7% (6.489) ocorreram em municípios da região metropolitana de São Paulo (Figura 4), 3,9%(270) distribuíram-se nas demais regiões do estado e 2,4% (166) em outros estados do Brasil.

Três municípios da região metropolitana de São Paulo concentraram quase 50% dos atendimentos a essas mulheres: Santo André com 25,9% (1.792), Guarulhos 12,3% (853) e São Bernardo do Campo 10,7% (743).

Figura 5: Número de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo, segundo município de ocorrência do parto, 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP. Elaboração: GISA/ CEInfo/SMS-SP, maio 2015.

Tipo de gestão dos estabelecimentos de saúde onde ocorreram os partos

O município de São Paulo tem em seu território hospitais e maternidades privados e de gestão SUS, com serviços próprios, conveniados e contratados (municipal e estadual).

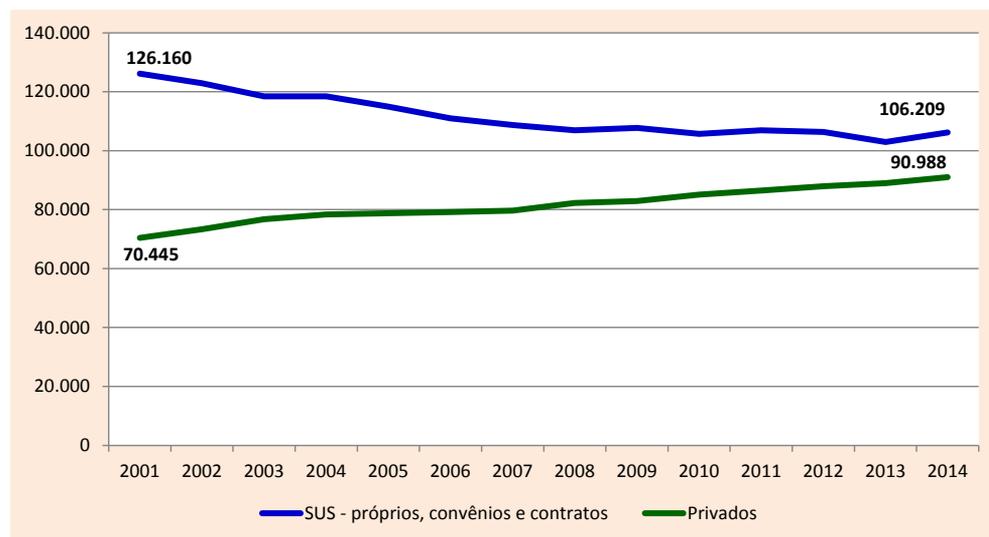
No período de 2001 a 2007 verificou-se redução do número de nascidos vivos no município. Desde então, vem apresentando aumento gradual de 188.873 (2007) para 198.058 (2014), contudo ocorreu diminuição dos nascimentos em estabelecimentos SUS, 126.160 (64,0% do total) em 2001 para 106.209 (53,6% do total) em 2014 e concomitante aumento no setor privado, 70.445 (35,8%) para 90.988 (45,9%), assim como também dos partos domiciliares, de 383 (0,2%) para 861 (0,4%) (Tabela 4, Figura 6).

Tabela 4: Nascimentos segundo natureza da gestão dos estabelecimentos que realizam partos. Município de ocorrência São Paulo, 2001 a 2014.

Ano de nascimento	Natureza da gestão dos estabelecimentos que realizam partos						Total
	SUS - próprios, convênios e contratos		Privados		Não hospitalar		
	nº	%	nº	%	nº	%	
2001	126.160	64,0	70.445	35,8	383	0,2	196.988
2002	122.862	62,4	73.317	37,3	578	0,3	196.757
2003	118.450	60,5	76.761	39,2	505	0,3	195.716
2004	118.432	60,0	78.335	39,7	494	0,3	197.261
2005	114.914	59,2	78.735	40,5	534	0,3	194.183
2006	110.993	58,2	79.193	41,5	517	0,3	190.703
2007	108.718	57,6	79.636	42,2	519	0,3	188.873
2008	106.944	56,4	82.258	43,3	562	0,3	189.764
2009	107.735	56,3	82.917	43,3	671	0,4	191.323
2010	105.721	55,2	85.123	44,4	705	0,4	191.549
2011	106.881	55,0	86.502	44,5	803	0,4	194.186
2012	106.331	54,5	87.924	45,1	852	0,4	195.107
2013	102.968	53,4	88.968	46,2	742	0,4	192.678
2014	106.209	53,6	90.988	45,9	861	0,4	198.058

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Figura 6: Nascimentos segundo natureza da gestão dos estabelecimentos que realizam partos. Município de ocorrência São Paulo, 2001 a 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

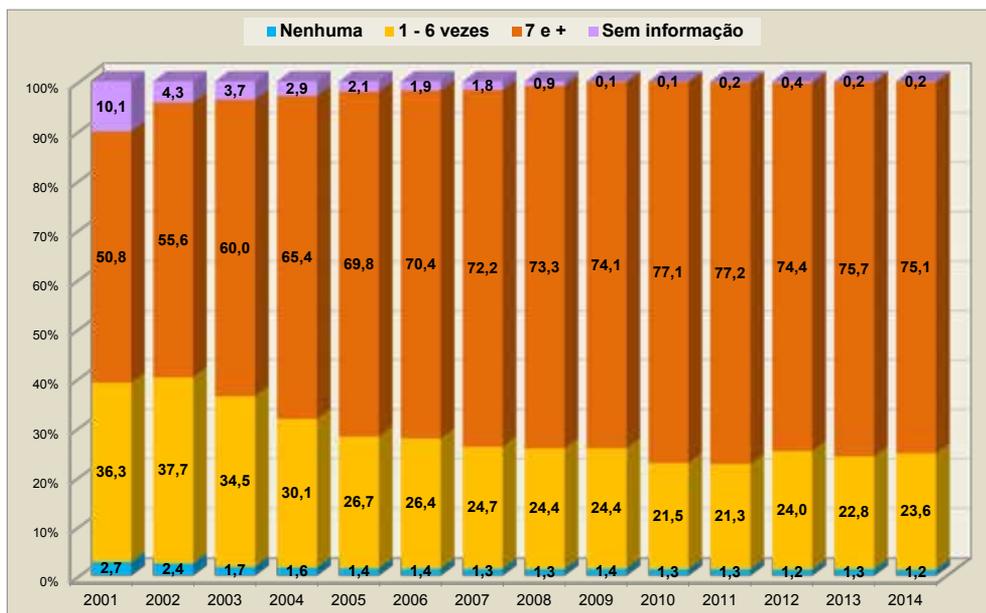
A assistência à saúde da gestante e bebê no pré-natal

A atenção obstétrica e neonatal prestada pelos serviços de saúde deve ter como característica essencial a qualidade, sendo dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.

O número de consultas é referência para estabelecer se um pré-natal é adequado ou não. Este critério está muito longe de retratar a qualidade da assistência na gestação, mas é um indicador epidemiológico mínimo para monitorar a atenção primária no contexto de um município.

O Ministério da Saúde preconiza como adequada a realização de sete ou mais consultas de pré-natal. Nos últimos anos a cidade de São Paulo registrou aumento do número de gestantes nessas condições, tanto na rede privada como no SUS, variando de 50,8% em 2001 para 75,1% em 2014. (Figura 7).

Figura 7: Proporção de nascidos vivos segundo ano de nascimento e número de consultas de pré-natal realizadas pelas mães. Município de residência São Paulo, 2001 a 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Nota: de 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

Tipo de parto

Quanto ao tipo de parto a série histórica mostra o crescimento progressivo dos partos cesáreos realizados na cidade de São Paulo, ultrapassando, a partir de 2002, os partos vaginais.

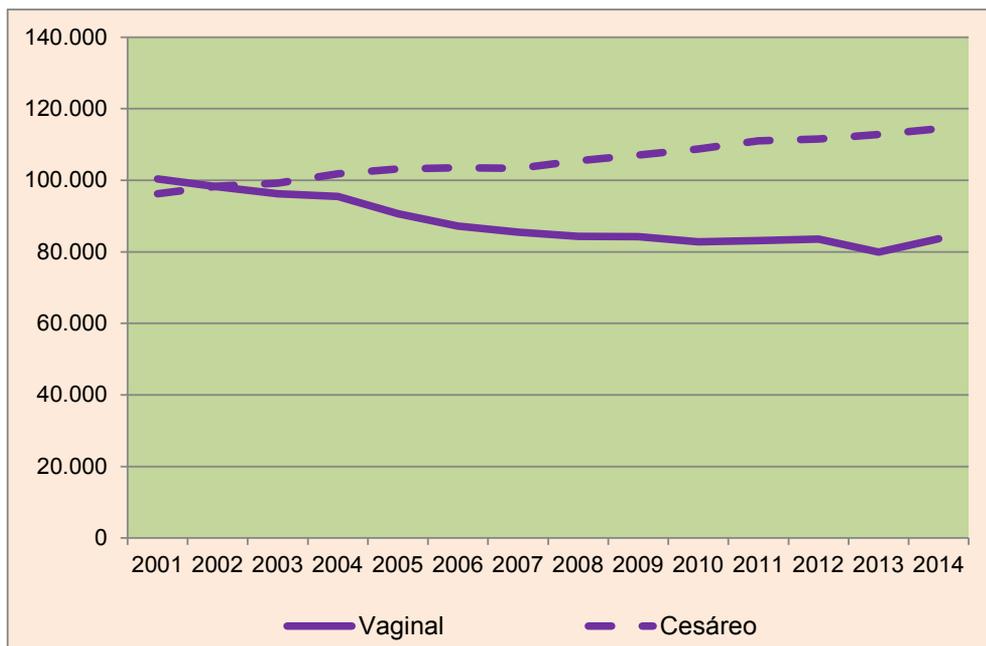
Outro aspecto que merece destaque é o monitoramento, as capacitações e as orientações desenvolvidas nos hospitais, que determinaram queda ou ausência de informação ignorada ou não informada, que caiu de 363 em 2001 para 05 em 2014 (Tabela 5, Figura 8).

Tabela 5: Número de nascidos vivos segundo tipo de parto e ano de nascimento. Município de ocorrência São Paulo, 2001 a 2014.

Ano de nascimento	Tipo de parto			Total
	Vaginal	Cesáreo	Não Informado	
2001	100.405	96.220	363	196.988
2002	98.188	98.359	210	196.757
2003	96.238	99.222	256	195.716
2004	95.443	101.793	25	197.261
2005	90.639	103.140	404	194.183
2006	87.185	103.485	33	190.703
2007	85.526	103.342	5	188.873
2008	84.341	105.420	3	189.764
2009	84.271	107.051	1	191.323
2010	82.830	108.716	3	191.549
2011	83.168	111.010	8	194.186
2012	83.558	111.531	18	195.107
2013	79.906	112.766	6	192.678
2014	83.615	114.438	5	198.058

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Figura 8: Número de nascidos vivos segundo tipo de parto e ano de nascimento. Município de ocorrência São Paulo, 2001 a 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Em 2014, o município registrou 198.058 nascimentos (nascidos vivos) dos quais 114.438 partos cesáreos (57,8%) e 83.615 vaginais (42,2%). Ao analisar estes eventos, segundo estabelecimentos SUS e privados, verifica-se que os hospitais particulares responderam por 68% (77.877) do total das cesáreas realizadas e os do SUS, por 84,3% do total de partos vaginais.

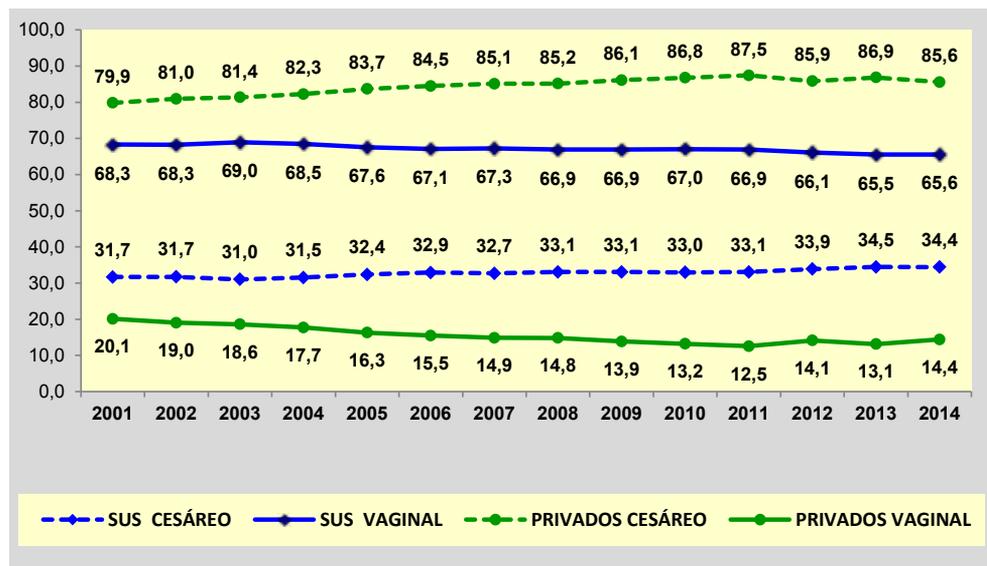
É importante destacar que a realização de cesariana se justifica como recurso tecnológico de proteção, indicado em situações que possam ameaçar a parturiente e a criança, entretanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal as taxas de 10% a 15% de cesária. A Figura 9 detalha os percentuais de partos cesáreos e vaginais realizados nos estabelecimentos SUS e privados da cidade, evidenciando a expansão das cesáreas e o distanciamento do percentual preconizado pela OMS.

Atualmente, esse procedimento é utilizado em altíssima frequência, na maioria das vezes desnecessário, banalizando o justo, o oportuno e o correto emprego da técnica. O país vive uma “epidemia” de partos cesáreos, tendo por pano de fundo conveniências para serviços de saúde e profissionais médicos. Dentre os motivos

estão a otimização de leitos e a hora-trabalho dos profissionais, além da praticidade do agendamento prévio e dispensa da ocupação mais longa em função da evolução do trabalho de parto natural, por vezes demorado. Por parte da mulher, os “medos e mitos” construídos que envolvem: dor do parto, do sofrimento, da episiotomia, do uso de fórceps, o fato de considerar não ser capaz de suportar ou de não estar disposta a viver esse processo, entre outros. Cada qual, enfim, com razões próprias que se somam e compõem o cenário atual.

Por outro lado, há iniciativas no sentido de reverter o quadro atual e resgatar o processo do nascimento de forma natural (sem episiotomia, sem ocitócitos), não cirúrgico, a exemplo do que já ocorre em diversas partes do mundo. Políticas públicas, federal, estadual e municipal, de estímulo ao parto normal no âmbito do SUS estão definidas nas diretrizes da Rede Cegonha⁴ visando assegurar melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e na assistência à criança.

Figura 9: Proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto e natureza do atendimento – SUS e Privado. Município de ocorrência São Paulo, 2001 a 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

4 Rede Cegonha: PORTARIA Nº 1.459 - Ministério da Saúde – Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html [PDF] Manual prático para a implementação da rede cegonha: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062

Em abril de 2015, a OMS, após analisar resultados de estudos científicos nesta área, lançou declaração⁵ sobre as taxas de cesáreas e novas recomendações relativas ao parto. Concluiu que cesárias são “...efetivas para salvar vidas de mães e crianças, quando bem indicadas e feitas em ambiente seguro, mas adverte dos riscos”. Relata a necessidade de um sistema de classificação universal de cesáreas que permita comparar as taxas em diferentes hospitais, cidades ou regiões e propõe que seja utilizada a classificação dos 10 grupos, também conhecida como “Classificação de Robson”, como instrumento padrão em todo o mundo, para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. O município de São Paulo começa a fazer uso dessa classificação, a partir dos dados do SINASC.

A resolução nº 368/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS - Ministério da Saúde)⁶, estabelece normas para estímulo do parto normal e redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. As novas regras passam a ser obrigatórias em 180 dias e ampliam o acesso à informação pelas consumidoras de planos de saúde, que poderão solicitar às operadoras os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico, o que representa avanço na qualidade da atenção à saúde e grande desafio para os serviços da cidade de São Paulo.

5 Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas - PAHO/WHO - Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4815:declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas&Itemid=821 [PDF] Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas – Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1

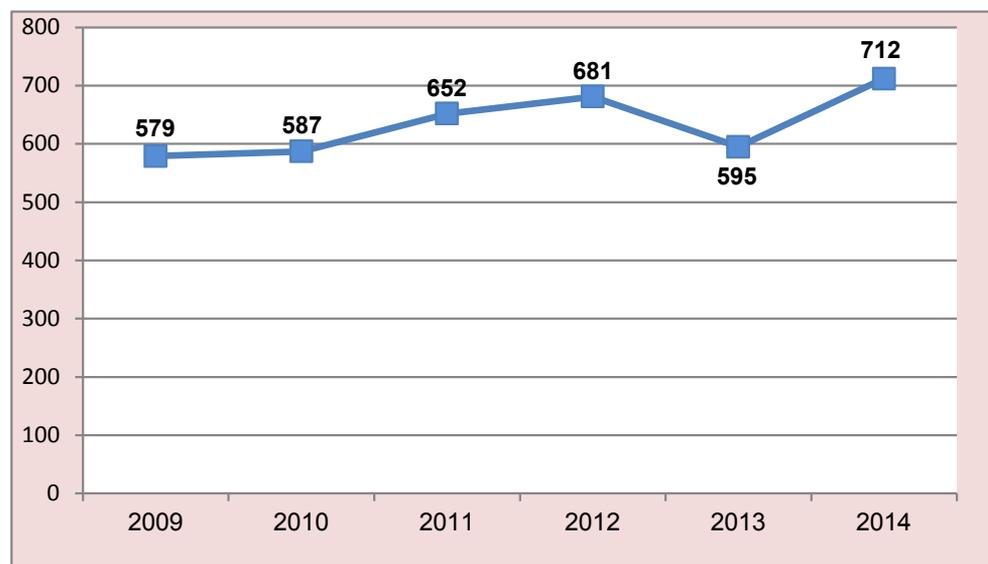
6 ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar – Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar#sthash.Tp8iUP0z.dpuf>

Partos ocorridos nos domicílios

Até meados do século XX, o nascer em casa era um acontecimento rotineiro na cidade de São Paulo, posteriormente passou a ocorrer de forma crescente em hospitais, devido à maior disponibilidade desses serviços e consequente acesso aos mesmos, com a população na busca por assistência mais segura e qualificada, capaz de minimizar riscos, complicações, danos e mortes da mãe e/ou do bebê (óbitos perinatais). Desde então, a ocorrência de nascimentos no domicílio diminuiu bastante e, a maioria dos casos ficou restrita às situações denominadas “partos domiciliares acidentais”, isto é, não aconteceram no domicílio por escolha da mulher/família.

Na cidade de São Paulo é possível discriminar partos planejados daqueles ocorridos acidentalmente nos domicílios, pois a Gerência do SINASC cadastra e fornece formulários de DN, desde 2009, aos profissionais que prestam assistência ao parto domiciliar, atualmente totalizando 41 profissionais, entre médicos, enfermeiras obstetras e obstetrias. Como já foi dito, os 58 cartórios são cadastrados e recebem DN. A Figura 10 mostra a evolução dos partos domiciliares no decorrer do tempo, sendo em 2009 0,3% e em 2014, 0,4%, proporções inferiores ao índice nacional de 2012 (0,8%), mas compatível com as taxas de cidades de países desenvolvidos.

Figura 10: Número de nascidos vivos de partos domiciliares. Município de residência São Paulo, 2009 a 2014.



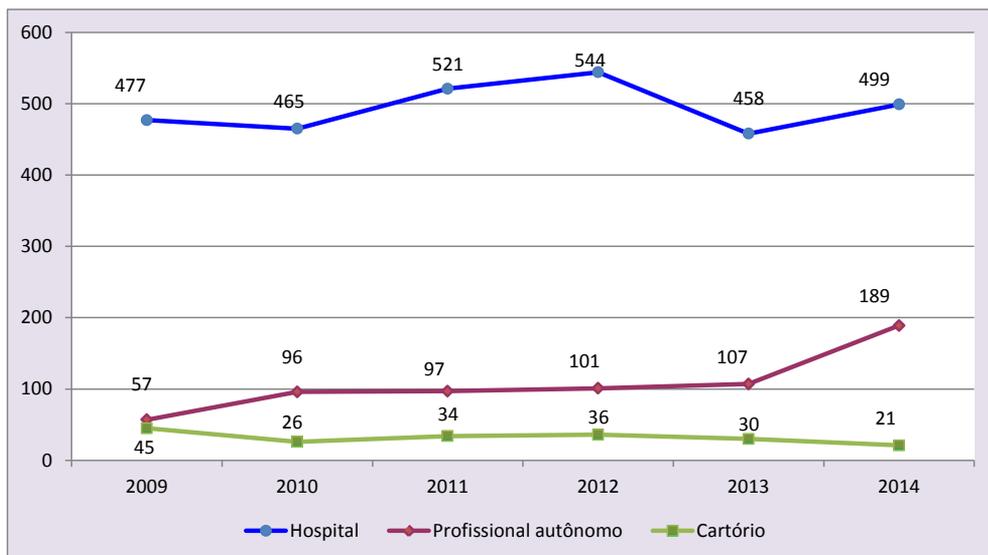
Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Entre 2009 e 2012 o município registrou aumento de partos domiciliares, com queda em 2013 e novo aumento em 2014. A maior parte ocorreu em casa sem planejamento prévio, e buscou posteriormente, cuidados de um serviço hospitalar, sendo em 2009 82,4% e em 2014, 70,1% do total de nascimentos no domicílio (Figura 11).

Por outro lado, há partos domiciliares planejados que contam com a assistência de profissionais (médicos e enfermeiras obstetras e obstetrias) nesse processo e, ano a ano, observa-se crescimento dessa opção. Em 2009 representavam 9,8% do total de ocorrências no domicílio e, em 2014, 26,5%.

Os nascimentos domiciliares em que as DN foram preenchidas pelos Cartórios, representam em 2009 7,8% e em 2014, 2,9%. Essa queda pode ser atribuída, em parte, ao fato de que hoje os profissionais que assistem ao parto no domicílio são cadastrados e emitem a DN. Do total de registros realizados pelos cartórios, 28,6% eram de indígenas.

Figura 11: Número de Nascidos vivos de partos domiciliares, segundo responsável pelo preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Município de residência São Paulo, 2009 a 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

No ano de 2014, as mulheres cujos partos domiciliares ocorreram com assistência de profissionais autônomos apresentam melhores índices em todos os campos:

- Pré-natal - 94,2% das mulheres que planejaram o parto no domicílio realizaram mais de 7 consultas de pré-natal; 96,3% dos casos começaram esse acompa-



nhamento já no 1º trimestre da gestação, bem superior à média do município. Entre os partos domiciliares não planejados apenas 25,7% fizeram sete ou mais consultas e 41,3% procuraram assistência no primeiro trimestre (Tabela 6).

- Gestações anteriores – entre as mulheres que planejaram seus partos no domicílio, 45,5% eram primigestas e das que buscaram assistência posterior ao nascimento em hospital, 14,4%.
- Prematuridade - um dos fatores determinantes dos partos que ocorrem no domicílio por acidente é a prematuridade, contudo dentre as que receberam assistência no hospital, 17,6% tinham 36 semanas ou menos. Entre as mulheres que planejaram seus partos no domicílio não houve nascimento prematuro e ocorreu a contra indicação quando houve percepção de algum risco.
- Baixo peso – dos bebês que receberam assistência hospitalar, 24,4% tinham peso inferior a 2.500g. Nos domiciliares planejados, 0,5% (1 caso) e nenhum em cartório.
- Escolaridade e outras variáveis - as mulheres que realizaram parto planejado apresentaram maior proporção de ensino superior (94,2%), cor de pele branca (83,1%), idade superior a 20 anos (100%) e 86,8% referiram ter companheiro. Entre aquelas “sem parto planejado” 45,9% cursaram somente o ensino fundamental, sendo que 7,4% somente até a 4ª série do Fundamental. A escolaridade pode ser parcialmente justificada pela faixa etária, pois entre aquelas que realizaram partos domiciliares não planejados, 13,6% eram adolescentes (Tabela 6).

Vale destacar que, dentre as 17 indígenas, 11 procuraram o hospital para cuidados com o bebê e com a mãe. As que não procuraram hospitais, cujos registros foram feitos em Cartório, podem ter sido acompanhadas por profissionais da Unidade Básica de Saúde (Tabela 6).

Há necessidade de ampliar o conhecimento sobre mães e bebês cujos partos ocorreram acidentalmente nos domicílios. Estudo de Almeida e col. (2005) apontou várias razões: dificuldade de conseguir transporte e distância até o local orientado para a realização do parto; parto muito rápido sem dar tempo para chegar ao serviço de saúde; procura pelo atendimento e orientação de voltar para casa. Relatam ainda casos em que a iminência do parto não foi reconhecida.

Tabela 6: Número e proporção de nascidos vivos de partos ocorridos nos domicílios, segundo responsável pelo preenchimento da Declaração de Nascido Vivo e características da mãe, da gestação e do recém-nascido. Município de residência São Paulo, 2014.

Características da mãe, da gestação e do recém-nascido		Responsável pelo preenchimento								Total	
		Hospital		Profissional autônomo		Cartório		Ignorado			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
consultas de pré-natal	Nenhuma	133	26,7	0	0,0	4	19,0	1	33,3	138	19,4
	1-3 vezes	94	18,8	0	0,0	5	23,8	0	0,0	99	13,9
	4-6 vezes	128	25,7	11	5,8	2	9,5	0	0,0	141	19,8
	7 e +	128	25,7	178	94,2	10	47,6	2	66,7	318	44,7
	Ignorado	16	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	2,2
trimestre de início do pré-natal	Primeiro	206	41,3	182	96,3	6	28,6	2	66,7	396	55,6
	Segundo	113	22,6	5	2,6	1	4,8	0	0,0	119	16,7
	Terceiro	29	5,8	1	0,5	1	4,8	0	0,0	31	4,4
	Ignorado	151	30,3	1	0,5	13	61,9	1	33,3	166	23,3
gestações anteriores	Nenhuma	70	14,0	86	45,5	3	14,3	2	66,7	161	22,6
	1 a 3	310	62,1	99	52,4	8	38,1	1	33,3	418	58,7
	4 a 6	89	17,8	4	2,1	3	14,3	0	0,0	96	13,5
	7 a 9	26	5,2	0	0,0	1	4,8	0	0,0	27	3,8
	10 e mais	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,6
	Ignorado	0	0,0	0	0,0	6	28,6	0	0,0	6	0,8
duração da gestação (semanas)	22 a 27	7	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,0
	28 a 31	15	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	2,1
	32 a 36	66	13,2	0	0,0	1	4,8	0	0,0	67	9,4
	37 a 41	396	79,4	185	97,9	18	85,7	3	100,0	602	84,6
	42 e mais	5	1,0	4	2,1	1	4,8	0	0,0	10	1,4
	Ignorado	10	2,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	11	1,5
Escolaridade	Sem Escolaridade	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Fundamental I (1 a 4 Serie)	37	7,4	0	0,0	2	9,5	0	0,0	39	5,5
	Fundamental II (5 a 8 Serie)	192	38,5	0	0,0	7	33,3	0	0,0	199	27,9
	Medio (Antigo 2 Grau)	222	44,5	11	5,8	3	14,3	2	66,7	238	33,4
	Superior Incompleto	16	3,2	25	13,2	1	4,8	0	0,0	42	5,9
	Superior Completo	30	6,0	153	81,0	2	9,5	1	33,3	186	26,1
	Ignorado	0	0,0	0	0,0	6	28,6	0	0,0	6	0,8
idade da mãe	< 15	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,6
	15-19	64	12,8	0	0,0	4	19,0	0	0,0	68	9,6
	20-34	344	68,9	147	77,8	15	71,4	3	100,0	509	71,5
	35 e +	87	17,4	42	22,2	2	9,5	0	0,0	131	18,4
	Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
cor de pele/raça	Branca	162	32,5	157	83,1	7	33,3	2	66,7	328	46,1
	Preta	52	10,4	7	3,7	1	4,8	0	0,0	60	8,4
	Amarela	2	0,4	9	4,8	1	4,8	0	0,0	12	1,7
	Parda	272	54,5	16	8,5	0	0,0	1	33,3	289	40,6
	Indígena	11	2,2	0	0,0	6	28,6	0	0,0	17	2,4
	Ignorado	0	0,0	0	0,0	6	28,6	0	0,0	6	0,8
peso ao nascer	< 2500g	122	24,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	123	17,3
	≥ 2500g	376	75,4	188	99,5	19	90,5	3	100,0	586	82,3
	Ignorado	1	0,2	0	0,0	2	9,5	0	0,0	3	0,4
	Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Apgar no 5º minuto	0 a 3	37	7,4	0	0,0	1	4,8	0	0,0	38	5,3
	4 a 7	6	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,8
	8 a 10	67	13,4	189	100,0	6	28,6	3	100,0	265	37,2
	Ignorado	389	78,0	0	0,0	14	66,7	0	0,0	403	56,6
	Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
situação conjugal	Solteira	300	60,1	21	11,1	13	61,9	2	66,7	336	47,2
	Casada	52	10,4	112	59,3	7	33,3	1	33,3	172	24,2
	Viúva	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Separada jud/divorciada	2	0,4	4	2,1	0	0,0	0	0,0	6	0,8
	União consensual	142	28,5	52	27,5	1	4,8	0	0,0	195	27,4
	Ignorado	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total		499	100,0	189	100,0	21	100,0	3	100,0	712	100,0

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

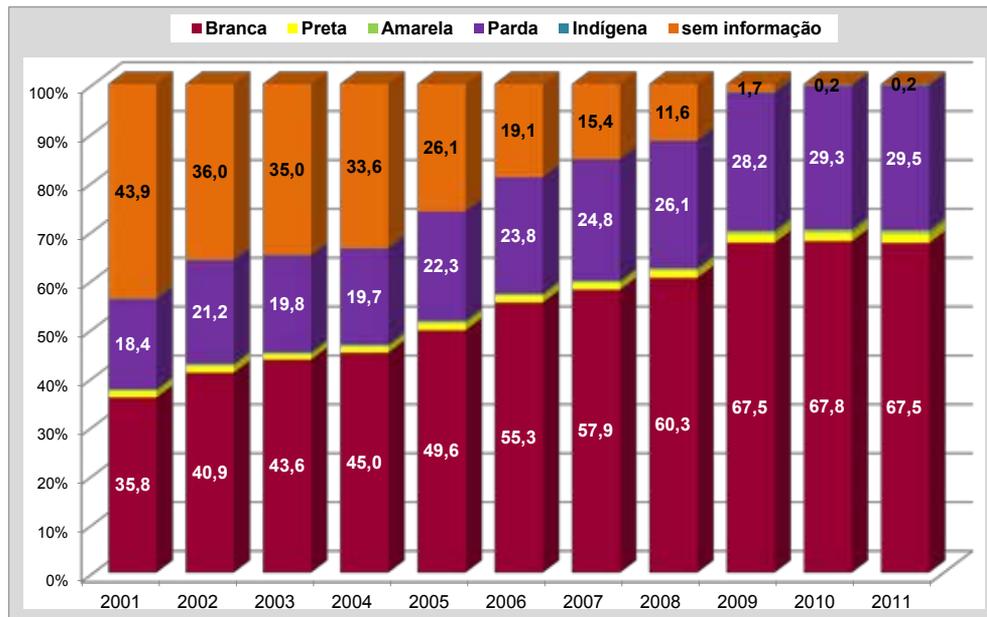
Cor da pele ou raça

O campo de cor da pele ou raça da mãe foi inserido na DN a partir de 2011. Anteriormente a informação coletada era de cor da pele/raça do recém-nascido. O monitoramento e a melhoria desta informação têm sido recomendados como subsídio para o planejamento de estratégias para saúde de grupos étnico-raciais, pois o aprimoramento do preenchimento do quesito permite melhor avaliação da situação de saúde da população.

Na cidade de São Paulo, a crescente melhoria da qualidade da informação de cor da pele/raça, no período de 2001 a 2014 possibilitou reduzir a proporção de raça/cor ignorada de 43,9% para 0,1%.

Com a informação da cor da pele referente aos recém-nascidos, no ano 2011 seus familiares declararam 1,8% dos bebês com cor era preta e 29,5%, parda (Figura 12).

Figura 12: Proporção de nascidos vivos segundo raça/cor¹ do recém-nascido e ano do nascimento. Município de residência São Paulo, 2001 a 2011.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, Abril 2015

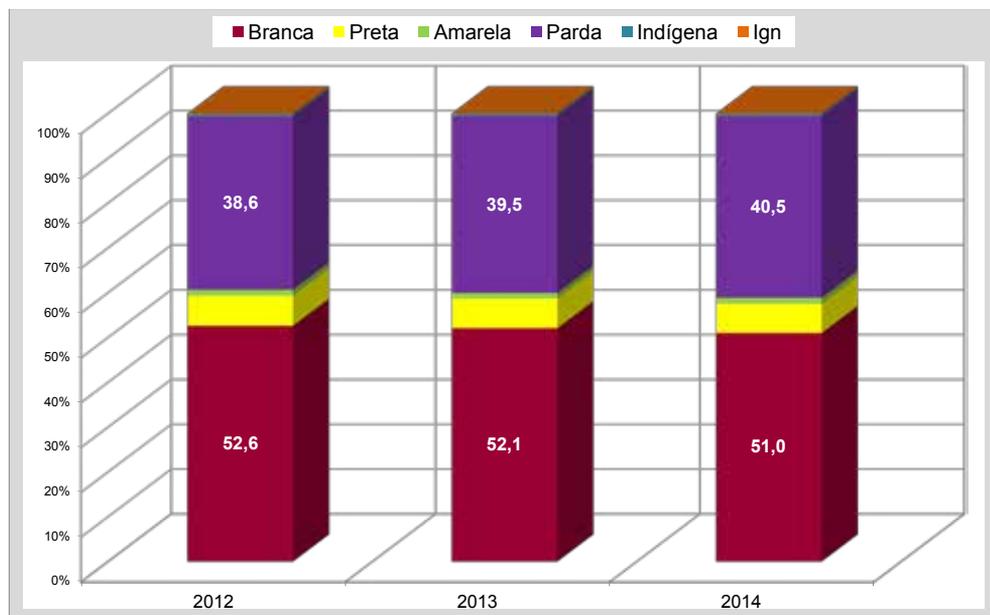
Notas:

¹ Em 2011 não foram consideradas 25.696 DN, pois essas já eram no modelo novo com informação de raça/cor da mãe.

² De 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

A grande maioria dos formulários (95,1%) de DN utilizados em 2012 era do modelo atual. Dentre as mães, 40,5% se autodeclararam como pardas e 6,5% como pretas em 2014. No período de 2012 a 2014, a proporção de mulheres brancas teve pequena diminuição e houve pequeno aumento das pardas (Figura 13).

Figura 13: Número e proporção de nascidos vivos segundo raça/cor da mãe e ano do nascimento. Município de residência São Paulo, 2001 a 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, Abril 2015

Nota: Em 2012 não foram consideradas 2.094 DN, pois eram de modelo antigo, com informação raça/cor do recém-nascido.

É importante o aperfeiçoamento das informações referentes ao quesito raça/cor, por meio de educação continuada dos profissionais envolvidos no preenchimento da DN, com garantia de que sejam autorreferidas e devidamente registradas na DN. A divulgação destas informações, associadas a outras dos sistemas de saúde, permitem ampliar a discussão das iniquidades étnico-raciais junto à população, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde.

Peso ao nascer

O baixo peso ao nascer é um dos principais fatores de morbidade e mortalidade neonatal e perinatal, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Definido pela OMS, para nascidos vivos, como peso ao nascer inferior a 2.500 gramas.

No ano de 2012, no Brasil, o MS computou 8,5 % de nascimentos com baixo peso, verificando-se diferenças regionais, sendo a maior no Sudeste (9,2%) e a menor no Norte (7,5%). Em estudo sobre a tendência secular de ocorrência de baixo peso ao nascer nas capitais brasileiras no período de 1996 a 2010, a taxa foi maior nas capitais das regiões mais desenvolvidas, notando-se, no entanto, aumento significativo das taxas nas capitais das regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste até 2003/2004, tendo se estabilizado a partir de então.

Na cidade de São Paulo, de 2001 a 2014, observa-se também estabilidade do baixo peso, em torno de 9,5%, e da proporção daqueles com muito baixo peso (<1500g) (Tabela 7).

Silva e colaboradores (2006) analisaram o comportamento do baixo peso ao nascer e constataram que existe um paradoxo, pois a taxa em municípios de maior desenvolvimento deveria ser mais baixa que nos menos desenvolvidos, o que não ocorre na realidade. A alta taxa de cesárea é um dos fatores associados a este fenômeno, que ainda necessita ser melhor explicado.

Tabela 7: Número e proporção de nascidos vivos segundo o ano de nascimento e peso ao nascer. Município de residência São Paulo, 2001 a 2014.

Ano de nascimento	Peso ao nascer em gramas									
	<1500		1500 a 2499		2500 a 3999		4000 e +		ign	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2001	2.364	1,3	14.536	8,1	154.364	86,5	6.847	3,8	345	0,2
2002	2.495	1,4	13.980	7,9	152.824	86,7	6.708	3,8	313	0,2
2003	2.496	1,4	14.303	8,2	151.480	86,7	6.223	3,6	201	0,1
2004	2.483	1,4	14.060	8,0	151.475	86,7	6.565	3,8	225	0,1
2005	2.424	1,4	13.581	7,9	148.579	86,6	6.802	4,0	179	0,1
2006	2.528	1,5	13.375	8,0	144.298	86,5	6.536	3,9	10	0,0
2007	2.587	1,5	13.645	8,0	149.012	86,8	6.315	3,7	17	0,0
2008	2.578	1,5	13.626	7,9	150.427	86,7	6.849	3,9	22	0,0
2009	2.644	1,5	14.156	8,1	150.258	86,4	6.772	3,9	25	0,0
2010	2.664	1,5	13.888	8,0	151.181	86,7	6.530	3,7	12	0,0
2011	2.695	1,5	13.976	7,9	152.860	86,6	6.907	3,9	12	0,0
2012	2.628	1,5	14.344	8,2	151.841	86,3	7.059	4,0	12	0,0
2013	2.567	1,5	13.998	8,1	149.487	86,4	6.887	4,0	4	0,0
2014	2.650	1,5	13.931	7,9	152.184	86,6	7.004	4,0	3	0,0

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, Abril 2015

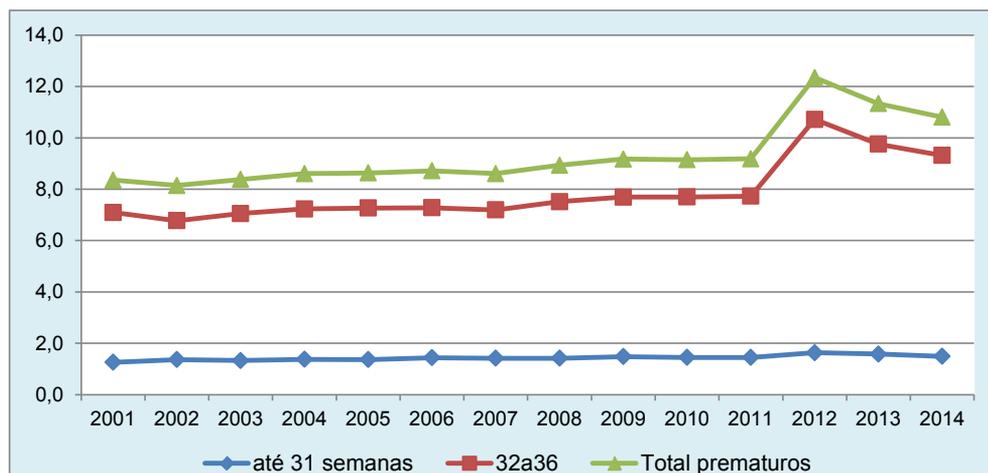
Nota: De 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

Idade gestacional

Nota-se que entre 2001 e 2014 ocorreu aumento da proporção de nascimentos com idade gestacional menor que 37 semanas de gravidez: 8,4% em 2001 a 10,8% em 2014. E também aumentou a proporção de partos com idade gestacional superior a 41 semanas de 0,9% em 2001 para 1,3% em 2014.

A prematuridade associa-se a alguns fatores como tabagismo, alcoolismo, diabetes, desnutrição da mãe, estresse, pré-eclâmpsia, doenças crônicas hipertensivas, gestações múltiplas e outras, que devem ser analisados e acompanhados por meio de atividades preventivas antes, durante e no pós-parto. O aumento do nascimento de crianças prematuras e com muito baixo peso ao nascer também está associado à incorporação de tecnologias que permitem melhor assistência ao parto e ao recém-nato (Figura 14), com impacto positivo sobre a mortalidade infantil.

Figura 14: Nascidos vivos de mães segundo ano de nascimento e idade gestacional. Município de residência São Paulo, 2001 a 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Nota: De 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

Nacionalidade das mães

A partir de 2012, com a implantação do atual modelo de DN na cidade, foi possível conhecer a nacionalidade das mães e com isso agregar novas informações ao perfil epidemiológico dos nascimentos. Em 2014 3,0 % do total de nascidos correspondeu a mães de outras nacionalidades e residentes na cidade (Tabela 08).

As bolivianas constituem a maior proporção dentre as estrangeiras, seguidas das chinesas e paraguaias. Pode-se observar a presença crescente de haitianas relacionada aos sinais do recente fluxo migratório de haitianos na cidade, conforme Tabela 09.

Tabela 08: Número e proporção de nascidos vivos segundo ano de nascimento e nacionalidade materna. Município de residência São Paulo, 2012 a 2014.

Nacionalidade Materna	Ano de nascimento					
	2012		2013		2014	
	nº	%	nº	%	nº	%
Estrangeiras	5.220	2,97	4.905	2,84	5.159	2,94
Brasileiras	170.664	97,03	168.038	97,16	170.613	97,06
Ignorada	2	0,00	7	0,00	3	0,00
Total	175.884	100,00	172.943	100,00	175.772	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

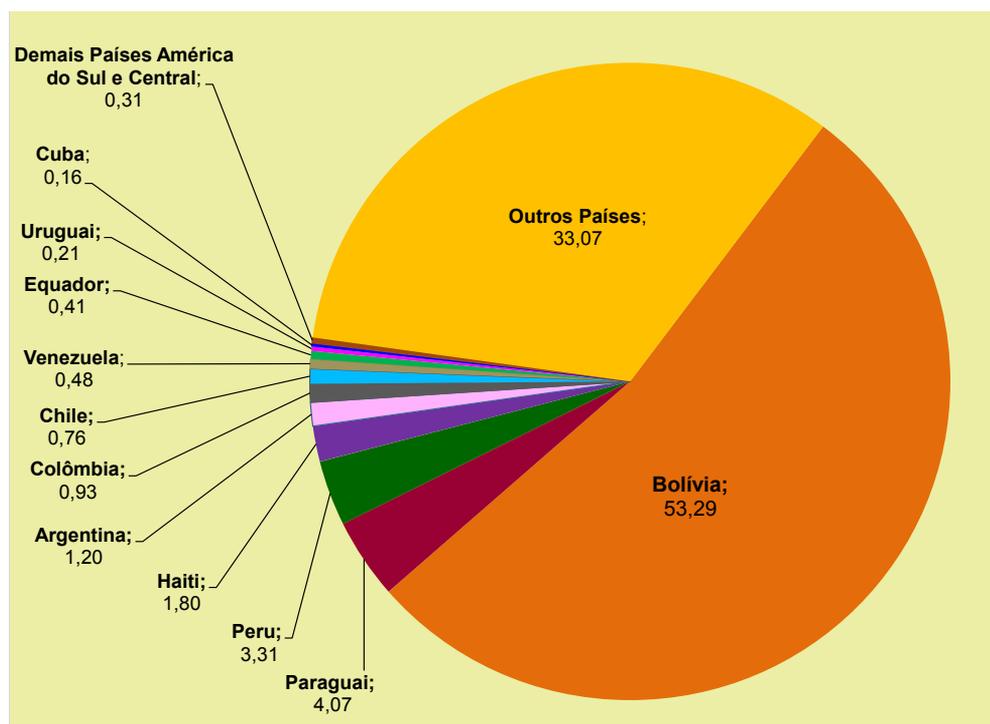
Tabela 09: Número e proporção de nascidos vivos segundo ano de nascimento e nacionalidade das mães estrangeiras. Município de residência São Paulo, 2012 a 2014.

Nacionalidade Materna	Ano de nascimento					
	2012		2013		2014	
	nº	%	nº	%	nº	%
Bolívia	3.065	58,72	2.823	57,55	2.749	53,29
China	766	14,67	586	11,95	758	14,69
Paraguai	204	3,91	215	4,38	210	4,07
Peru	175	3,35	169	3,45	171	3,31
Angola	98	1,88	111	2,26	146	2,83
Haiti	22	0,42	52	1,06	93	1,80
Líbano	86	1,65	83	1,69	83	1,61
Nigéria	39	0,75	50	1,02	74	1,43
Argentina	100	1,92	84	1,71	62	1,20
Coréia do Sul	87	1,67	85	1,73	57	1,10
França	44	0,84	52	1,06	55	1,07
Portugal	33	0,63	55	1,12	54	1,05
Colômbia	40	0,77	44	0,90	48	0,93
Japão	37	0,71	37	0,75	47	0,91
Estados Unidos	52	1,00	60	1,22	42	0,81
Chile	44	0,84	29	0,59	39	0,76
Espanha	25	0,48	25	0,51	31	0,60
África do Sul	22	0,42	22	0,45	27	0,52
México	15	0,29	18	0,37	26	0,50
Venezuela	16	0,31	13	0,27	25	0,48
Demais países	250	4,79	292	5,95	362	7,02
Total estrangeiras	5.220	100,00	4.905	100,00	5.159	100,00

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Em 2014, 3.453 partos de estrangeiras residentes no município de São Paulo (66,9%) referiam-se a mães procedentes de países das Américas do Sul, Central e Caribe, predominantemente Bolívia (53,3%), Paraguai (4,1%), Peru (3,3%), Haiti (1,8%), Argentina (1,2%), Colômbia (1,0%) (Figura 15).

Figura 15: Proporção de nascidos vivos de mães estrangeiras com destaque para as procedentes de países das Américas do Sul, Central e Caribe. Município de residência São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC/CEInfo/SMS-SP, abril de 2015

Idade e escolaridade das mães

No período analisado, destacou-se o aumento da proporção de mulheres com mais de 35 anos, de 11,6% em 2001 para 17,8% em 2014 e diminuição proporcional de mães mais jovens, 16,6% em 2001 para 13,2% em 2014. A mudança na estrutura etária da fecundidade no município, provavelmente relaciona-se com maior acesso a educação, a ampliação da participação feminina no mercado de trabalho, a utilização de métodos anticoncepcionais ao longo da vida e as tecnologias de reprodução assistida em idades mais avançadas (Tabela 10).

Tabela 10: Número e proporção de nascidos vivos segundo o ano de nascimento e faixa etária materna. Município de residência São Paulo, 2001 a 2014.

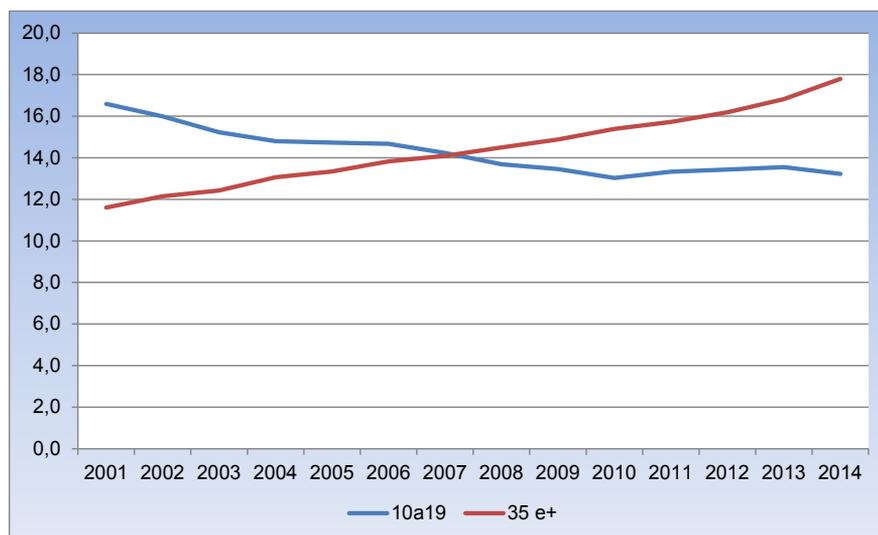
Ano do Nascimento	Faixa etária								
	10a19		20-34		35 e+		Ign		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
2001	29.602	16,6	127.730	71,6	20.711	11,6	413	0,2	178.456
2002	28.201	16,0	126.560	71,8	21.416	12,1	143	0,1	176.320
2003	26.602	15,2	126.283	72,3	21.715	12,4	103	0,1	174.703
2004	25.861	14,8	126.025	72,1	22.843	13,1	79	0,0	174.808
2005	25.273	14,7	123.303	71,9	22.890	13,3	99	0,1	171.565
2006	24.463	14,7	119.217	71,5	23.064	13,8	3	0,0	166.747
2007	24.425	14,2	122.962	71,7	24.186	14,1	3	0,0	171.576
2008	23.753	13,7	124.584	71,8	25.161	14,5	4	0,0	173.502
2009	23.390	13,5	124.587	71,7	25.878	14,9	0	0,0	173.855
2010	22.698	13,0	124.760	71,6	26.815	15,4	2	0,0	174.275
2011	23.528	13,3	125.166	70,9	27.748	15,7	8	0,0	176.450
2012	23.632	13,4	123.767	70,4	28.476	16,2	9	0,0	175.884
2013	23.429	13,5	120.415	69,6	29.097	16,8	2	0,0	172.943
2014	23.242	13,2	121.250	69,0	31.278	17,8	2	0,0	175.772

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP, abril 2015

Nota: De 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

A Figura 16 destaca a diminuição da proporção de mães adolescentes e o aumento de mães com mais de 35 anos.

Figura 16: Proporção de nascidos vivos de mães nas faixas etárias de 10 a 19 anos e maiores de 35 anos por ano de nascimento. Município de residência São Paulo, 2001 a 2014.

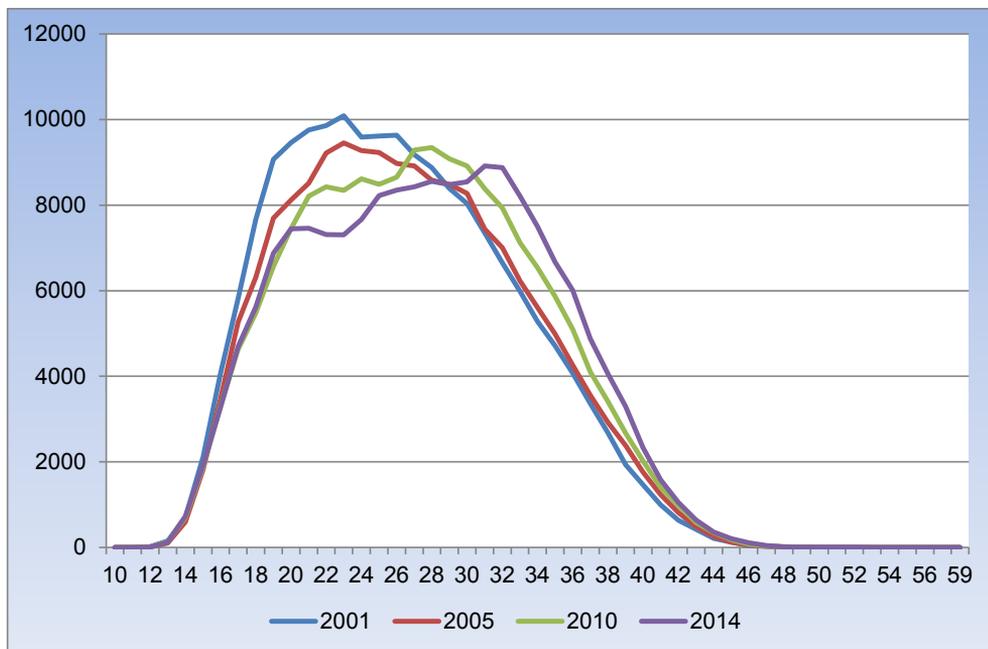


Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP, abril 2015

Nota: De 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

A Figura 17 demonstra deslocamento da idade reprodutiva das mães, com aumento da participação de mães principalmente nos anos 2010 e 2014.

Figura 17: Número de nascidos vivos segundo a idade materna. Município de residência São Paulo, 2001, 2005, 2010 e 2014.



Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP, abril 2015

Nota: De 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

O nível de escolaridade das mães melhorou no período: 36,4% alcançaram o ensino médio em 2001 e 60,9% em 2014; com doze anos ou mais (educação universitária) foram de 18,9% em 2001 e 27,7% em 2014 (Tabela 11).

O aumento da escolaridade, além de associar-se com empregabilidade e renda, associa-se à mudança etária da fecundidade como já comentado e também melhora das condições das mulheres para o exercício da maternidade, com mais acesso a informações e cuidados com a gestação e a criança.

Tabela 11: Número e proporção de nascidos vivos segundo ano de nascimento e escolaridade da mãe. Município de residência São Paulo, 2001-2014.

Ano do Nascimento	Anos de Escolaridade										
	Nenhuma		01-07		08-11		12 e+		sem informação		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
2001	2.193	1,2	68.799	38,6	65.009	36,4	33.713	18,9	8.742	4,9	178.456
2002	1.869	1,1	60.461	34,3	74.598	42,3	33.004	18,7	6.388	3,6	176.320
2003	1.431	0,8	57.568	33,0	78.100	44,7	32.154	18,4	5.450	3,1	174.703
2004	1.394	0,8	53.658	30,7	81.750	46,8	33.310	19,1	4.696	2,7	174.808
2005	1.364	0,8	47.754	27,8	83.672	48,8	33.497	19,5	5.278	3,1	171.565
2006	1.075	0,6	41.935	25,1	87.983	52,8	33.815	20,3	1.939	1,2	166.747
2007	886	0,5	40.477	23,6	92.809	54,1	36.088	21,0	1.316	0,8	171.576
2008	598	0,3	35.372	20,4	97.841	56,4	38.850	22,4	841	0,5	173.502
2009	508	0,3	33.345	19,2	100.819	58,0	38.910	22,4	273	0,2	173.855
2010	423	0,2	30.587	17,6	102.243	58,7	40.880	23,5	142	0,1	174.275
2011	398	0,2	29.796	16,9	103.212	58,5	42.894	24,3	150	0,1	176.450
2012	324	0,2	24.568	14,0	106.966	60,8	43.671	24,8	355	0,2	175.884
2013	274	0,2	21.179	12,2	105.862	61,2	45.393	26,2	235	0,1	172.943
2014	200	0,1	19.475	11,1	107.095	60,9	48.724	27,7	278	0,2	175.772

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP, abril 2015

Nota: De 2001 a 2006 o total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo não incluiu os partos ocorridos em outros municípios.

Considerações finais

A utilização de sistemas de informações para definição do perfil epidemiológico, ações de planejamento e avaliação de serviço depende da qualidade dos dados.

Para garantir a confiabilidade das informações sobre nascidos vivos nos últimos 15 anos a Gerência do SINASC procurou criar estratégias inovadoras, estabelecer vínculos com hospitais e Supervisões Técnicas de Saúde, Cartórios e profissionais autônomos, construindo um sistema municipal fortalecido pelo compromisso individual, responsável e integrado dos envolvidos de cada setor e instituição.

O SINASC da cidade de São Paulo hoje é um sistema ágil, oportuno e de qualidade. Entretanto, há muito por fazer e mais do que tudo, manter as conquistas alcançadas.

Referências consultadas

- Almeida MF, Alencar GP, Novaes MHD, França Jr. I, Siqueira AA, Schoeps D, et al. Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3):366-75
- Olsen O, Clausen JA. Planned Hospital Birth versus Planned Home Birth. The Cochrane database of systematic reviews 9 (2012): CD000352. PMC. Web. 25 Apr. 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238062/> Acessados em 7 de abril de 2015
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.
- Marcondes MM (org.) ... [et al.]. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / Brasília: Ipea, 2013. 160 p.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10a revisão. São Paulo: Edusp; 1998.
- São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo – Dez anos do SINASC. Boletim CEInfo Análise. VI(04), Abril, 2011. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. 39p.
- São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Deslocamento das mulheres para assistência ao parto: o município de São Paulo como origem ou destino. Boletim CEInfo Análise. VIII(07), Maio, 2013. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 32p.
- São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Gestação na adolescência no município de São Paulo. Boletim Eletrônico CEInfo 6 (02), Março, 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 11p.
- Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA, Brito LG, Pereira MM, Aragão VM, et al. Which factors could explain the low birth weight paradox? *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4):648-55.
- SILVA, Zilda Pereira da; ALMEIDA, Márcia Furquim de and ALENCAR, Gizelson Pereira. Parto acidental não-hospitalar como indicador de risco para a mortalidade infantil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2014, 14(2), p. 155-164. ISSN 1519-3829.
- Veloso H J F, Silva A A M, Barbieri M A, Goldani M Z, Lamy F F, Simões V M F et al . Secular trends in the rate of low birth weight in Brazilian State Capitals in the period 1996 to 2010. *Cad. Saúde Pública*, 2013 29(1): 91-101. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500011&lng=en. Acessado em 25 de abril de 2015
- Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. UNICEF, UNFPA, UNICEF, WHO, WORLD BANK. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas - PAHO/WHO –Resumo executivo. 8p. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4815:declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas&Itemid=821
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em 7 de maio de 2015.

