

A relação entre indicadores de desenvolvimento humano e de saúde materna nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba – PR

The relation between human development indicators of maternal health in the cities of Metropolitan Region of Curitiba – PR

Thabata Cristy Zermiani¹, Rosane Souza Freitas¹, Maiara Tauana Souza Nievola¹, Janaína Naumann Nasser¹, Rafael Gomes Ditterich^{1,2}, Roberto Eduardo Bueno^{1,3}

Resumo

Introdução: A melhoria da saúde materna pode ser avaliada e monitorada por meio dos indicadores de saúde, os quais refletem não somente a qualidade das ações de promoção em saúde pública, mas também as iniquidades sociais. O objetivo deste estudo consistiu em analisar a relação entre os indicadores de desenvolvimento humano e os de saúde materna dos municípios da região metropolitana de Curitiba/PR. **Método:** Este estudo é classificado como descritivo, correlacional, com o uso de dados secundários quantitativos. Na análise estatística utilizou-se o teste de correlação de Pearson, com nível de significância de 95%. **Resultados:** Os indicadores de desenvolvimento humano apresentaram correlação positiva com o percentual de crianças nascidas vivas com sete ou mais consultas pré-natais; correlação negativa com o percentual de crianças nascidas vivas por parto normal; correlação positiva com a porcentagem de crianças nascidas vivas por cesariana; e correlação negativa com o percentual de crianças nascidas de mães adolescentes. **Conclusão:** Os piores indicadores encontrados nos municípios com menor desenvolvimento humano evidenciam a necessidade de ampliar as ações destinadas às populações mais vulneráveis, reduzindo as iniquidades sociais, a fim de ampliar o acesso às ações e serviços de saúde.

Palavras-chave: indicadores sociais; iniquidade social; saúde materna.

Abstract

Introduction: Improving maternal health can be assessed and monitored by the health indicators, which not only reflect the quality of health promotion in public health but also social inequities. The aim of this study was to analyze the relationship between human development indicators and maternal health of municipalities in the metropolitan region of Curitiba - PR. **Method:** This study is classified as descriptive, correlational, with the use of quantitative secondary data. Statistical analysis was performed using the Pearson correlation test with 95% significance level. **Results:** The human development indicators showed a positive correlation with the percentage of live births with seven or more prenatal visits; negative correlation with the percentage of live births by natural childbirth; positive correlation with the percentage of live births by cesarean section; and a negative correlation with the percentage of children born to teenage mothers. **Conclusion:** The worst indicators found in the municipalities with the lowest human development show the need to expand the actions aimed at the most vulnerable populations, reducing social inequities in order to expand access to health actions and services.

Keywords: social indicators; social inequity; maternal health.

¹Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

²Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

³Setor Litoral, Câmara do Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

Endereço para correspondência: Thabata Cristy Zermiani – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Térreo – Jardim Botânico – CEP: 80210-170 – Curitiba (PR), Brasil – Email: thabata.zermiani@gmail.com

Fonte de financiamento: recursos próprios.

Conflitos de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980 tem se ampliado a discussão acerca da mortalidade materna, principalmente em se tratando dos óbitos com causas evitáveis, buscando desenvolver estratégias preventivas. Na década seguinte, ênfase foi dada aos determinantes sociais da mortalidade materna, de modo que esta foi considerada indicador de desenvolvimento social. Diante tal entendimento, a redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹. Foram definidas duas metas globais para melhorar a saúde materna: A- reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; e B- universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva².

O Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio da Presidência da República, divulgado em 2014, reconheceu a dificuldade em atingir a redução da mortalidade materna na magnitude preconizada pela meta A, contudo a meta B estava bem próxima de ser atingida no país². Além de refletir a qualidade das ações de promoção da saúde, a mortalidade materna também é um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e de iniquidade social³. Sua redução tem sido o foco de várias políticas públicas, visto que o Brasil é marcado por acentuadas diferenças socioeconômicas e culturais⁴.

Em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram substituídos pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e uma das metas do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) consiste em reduzir a mortalidade materna para menos de 70 mortes para 100.000 nascidos vivos⁵.

Os aspectos socioeconômicos, culturais e educacionais de uma região podem condicionar sua situação de saúde. Assim, o estudo dos indicadores sociais é de grande importância para a compreensão da realidade social e para a análise, formulação e implementação de políticas públicas⁶. Dentre os indicadores utilizados com esse objetivo, destacam-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) e o Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM).

No Brasil, tem-se empregado também o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), que consiste em um ajuste metodológico do IDH Global. O IFDM, criado em 2008, avalia o desenvolvimento econômico brasileiro sobre três aspectos fundamentais: educação, saúde, emprego e renda⁷. O IPDM é desenvolvido pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social (IPARDES), que avalia a situação dos municípios paranaenses, considerando três áreas de desenvolvimento econômico e social, como os dados de saúde, educação, emprego, renda e produção agropecuária⁸. Os índices mencionados são baseados exclusivamente em estatísticas públicas oficiais, e seu número varia entre 0 e 1, e quanto maior o número, maior o desenvolvimento do município.

Os indicadores vinculados à saúde são registrados nos sistemas de informação em saúde (SIS), e estes possuem como diretrizes a Política Nacional de Informação e Informática (PNII). Tal política tem como propósito utilizar-se da tecnologia de informação para promover a disseminação dos dados para a sociedade, propiciando assim práticas e ações de saúde congruentes com a necessidade e realidade social, além de estimular a efetivação do controle social, da integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde⁹.

O objetivo deste trabalho consistiu em avaliar a relação entre indicadores do IDH-M, IFDM e IPDM, com os indicadores do ODM 5, nos municípios da região metropolitana de Curitiba/PR.

MÉTODO

Este estudo classifica-se como descritivo, correlacional, com o uso de dados secundários quantitativos. Os dados coletados são referentes aos 29 municípios da Região Metropolitana de Curitiba-PR, quais sejam: Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiuva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná. A escolha desta região se deu devido às diferenças verificadas entre os índices de desenvolvimento humano de seus municípios, característica esta fundamental para verificar se estas refletem também nos indicadores de saúde materna.

O IDHM, IPDM e o IFDM utilizados na pesquisa foram referentes aos anos de 2010, 2012 e 2011 respectivamente, sendo obtidos nas bases de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social e do Sistema Firjan. Já os indicadores de saúde materna empregados foram: razão de mortalidade materna a cada 100 mil nascidos vivos (NV), percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais e por tipo de parto, percentual de crianças nascidas de mães adolescentes, percentual de cumprimento da meta de redução da mortalidade materna, todos referentes ao ano de 2013; e percentual da população feminina de 10 a 19 anos que são mães, relativo ao ano de 2012. Estes indicadores foram acessados no Portal ODM, o qual tem como fonte de dados o DATASUS.

Na análise estatística quantitativa foi utilizado o programa BioEstat 5.3, no qual foi realizado o teste de correlação de Pearson, com nível de significância de 95%. Para verificar a existência de correlação, avalia-se o valor obtido para *r*. O sinal obtido indica se a direção da relação é positiva ou negativa; ao passo que o valor, de -1 a 1, reflete a força da relação entre as

variáveis, sendo estas classificadas como: fracas ($r = 0,10$ a $0,30$), moderadas ($r = 0,40$ a $0,60$) ou fortes ($r = 0,70$ a $0,90$)¹⁰.

RESULTADOS

No que tange ao IDH-M, referente ao ano 2010, verificou-se que 17 municípios da Região Metropolitana de Curitiba apresentam um médio desenvolvimento humano, 12 municípios possuem um alto desenvolvimento humano; e somente em Curitiba verificou-se um IDH-M considerado muito alto. Em relação ao IPDM, no ano de 2012, 4 municípios são classificados como médio-baixo desempenho municipal, 22 como médio, e 3 como alto desempenho. Sobre o IFDM, segundo dados de 2011, constatou-se que apenas 3 municípios são considerados com desenvolvimento regular; 23 deles, moderado; e 3 com alto desenvolvimento.

Sobre os indicadores relacionados à melhoria da saúde das gestantes dos municípios em foco, é possível verificar alguns aspectos relevantes. No que tange à razão de mortalidade materna a cada 100 mil nascidos vivos (2013), 7 municípios apresentaram algum óbito; os demais não possuem nenhum óbito registrado. Em relação ao percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais (2013), 6 municípios possuem os maiores índices com nenhuma consulta realizada. Sobre a realização de 7 consultas ou mais, 5 municípios apresentam percentual superior a 85%. Em se tratando do índice de crianças nascidas vivas por tipo de parto (2013), vale destacar que 3 municípios possuem índices superiores a 60% de partos normais; e 7 municípios apresentam mesma taxa referente à cesariana. Quanto às crianças nascidas de mães adolescentes (2013), verifica-se que 5 municípios possuem indicadores maiores que 30%. Em relação à população feminina de 10 a 19 anos que são mães (2012), o percentual varia entre 1,5% e 5,7%. Já ao cumprimento da meta de redução da mortalidade materna em

três quartos até 2015 (2013), a maioria dos municípios da região em foco atingiu ou ultrapassou 100% da meta.

Verificou-se que os indicadores de desenvolvimento humano (IDHM, IPDM e IFDM) apresentaram correlação positiva com o percentual de crianças nascidas vivas com 7 ou mais consultas pré-natais (Figura 1); correlação negativa com o percentual de crianças nascidas vivas por parto normal (Figura 2); correlação positiva com a porcentagem de crianças nascidas vivas por cesariana (Figura 3); e correlação negativa com o percentual de crianças nascidas de mães adolescentes (Figura 4).

DISCUSSÃO

Ao analisar as questões da saúde materna nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba, foi perceptível que aquelas localidades que apresentam menores indicadores de desenvolvimento humano são também aquelas com piores indicadores de saúde materna.

A análise da mortalidade materna é um indicador de sua realidade social, sendo considerado um reflexo do seu nível socioeconômico, da qualidade dos sistemas de saúde e das desigualdades existentes. Assim, geralmente quanto mais pobre é uma mulher, maior é o seu risco de morte¹¹. Tal fato evidencia as iniquidades em saúde, as quais podem ser descritas como diferenças desnecessárias e injustas, que poderiam ser evitadas¹², sendo usualmente expressas através da menor cobertura ou qualidade inferior dos serviços ofertados àqueles com piores condições socioeconômicas¹³.

Um estudo realizado por Diniz et al.¹⁴ no Sudeste do Brasil identificou que as mulheres negras e pardas têm menor acesso a consultas de pré-natal adequadas, bem como maiores riscos. Notou-se que ainda persistem disparidades relacionadas à cor, entretanto, tem havido avanços para mudar essa realidade.

No presente estudo não foi encontrada correlação entre os indicadores de desenvolvimento humano e a razão de mortalidade

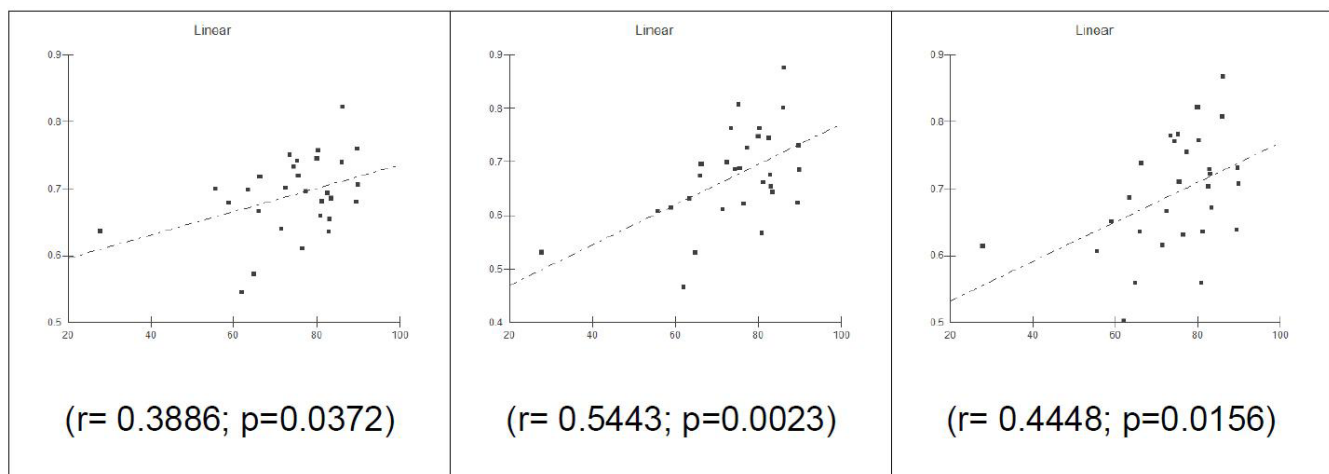


Figura 1. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) e Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) com percentual de crianças nascidas vivas com mais de 7 consultas pré-natais, respectivamente.

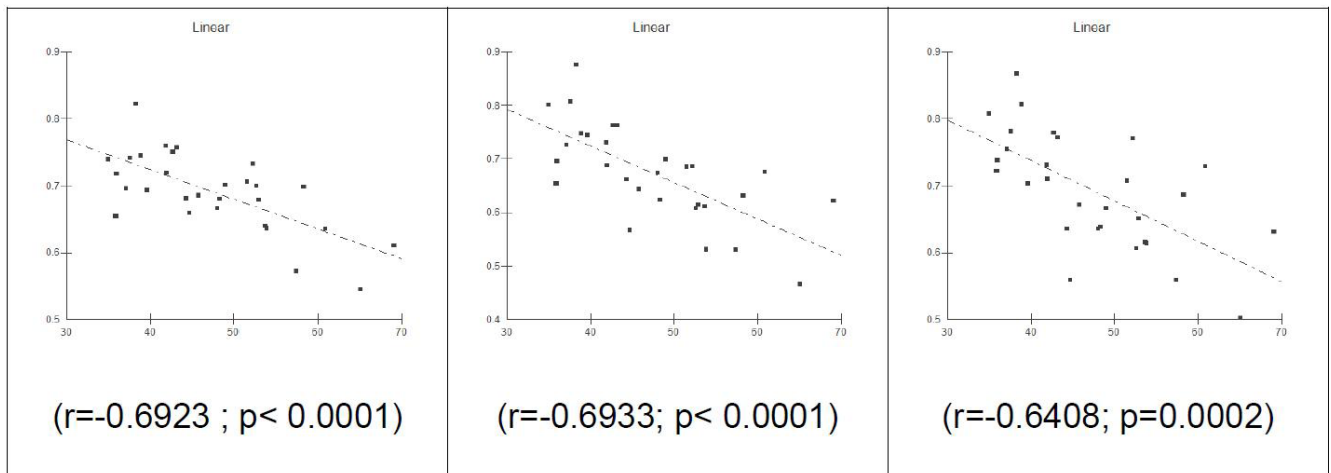


Figura 2. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) e Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) com percentual de crianças nascidas vivas por parto normal, respectivamente.

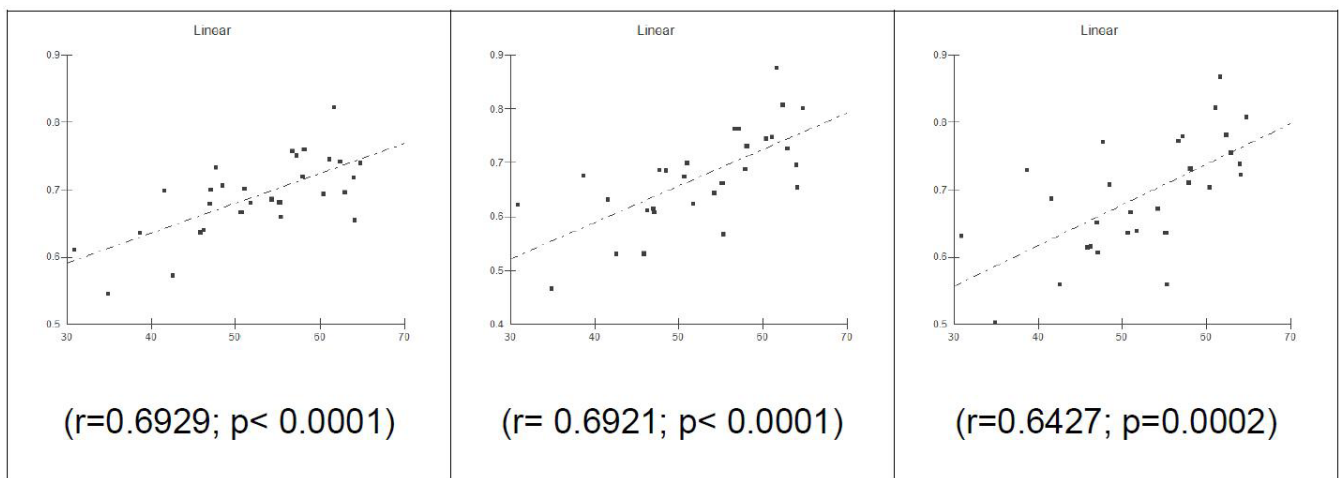


Figura 3. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) e Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) com percentual de crianças nascidas vivas por parto cesáreo, respectivamente.

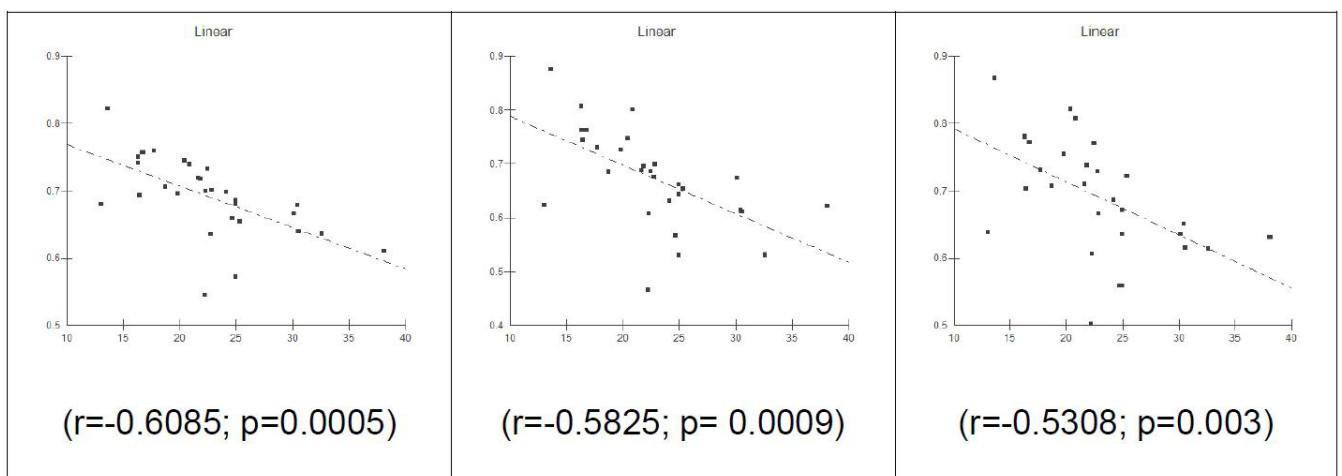


Figura 4. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) e Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) com percentual de crianças nascidas de mães adolescentes, respectivamente.

materna, o que pode ser justificado pelo fato de esta taxa sofrer fortes variações em função do número reduzido de crianças nascidas vivas em alguns municípios¹⁵. Como exemplo pode ser citado o município de Rio Negro, que registrou 344 nascidos vivos e apenas dois óbitos. No entanto, em virtude do pequeno número de crianças nascidas, registrou uma taxa de mortalidade de 581,4 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos em 2013.

Os dados encontrados permitiram observar que, dentre os 29 municípios estudados, 22 deles não apresentaram óbitos maternos no ano de 2013, atingindo a meta proposta no quinto Objetivo do Milênio. No entanto, cabe destacar que uma das grandes dificuldades quando da análise de indicadores são as subnotificações e a falta de confiabilidade dos dados. Nesse sentido, ressalta-se a importância de cada município ter seu Comitê de Mortalidade Materna, auxiliando no preenchimento da declaração de óbito, a fim de evitar tais dificuldades e identificar as principais causas de mortes¹⁵.

Uma das importantes correlações positivas obtidas neste estudo se deu entre o IDH-M, IPDM e IFDM, e o percentual de crianças nascidas vivas com 7 ou mais consultas pré-natais. Tal fato evidencia que, quanto maior o índice de desenvolvimento de um município, maior é o número de gestantes que têm assistência pré-natal. Sabe-se que esse acompanhamento é essencial para a saúde materna e neonatal, na medida em que inclui ações de prevenção e promoção da saúde, permite a detecção e tratamento de doenças, o controle de fatores de risco, bem como a realização de intervenções quando necessárias^{16,17}.

Friche et al.¹⁸, ao realizarem um estudo em Belo Horizonte no ano de 2001 a fim de identificar o perfil dos nascimentos e a distribuição espacial de alguns indicadores, constataram que os piores índices, como comparecimento a menos de 4 consultas pré-natais e elevado número de mães adolescentes, estavam concentrados nas regiões com baixo nível socioeconômico. Fonseca et al.¹⁷, ao avaliarem a associação de variáveis demográficas e sociais com o número de pré-natal adequado, no município de Niterói-RJ, constataram melhorias nos indicadores, no entanto, sua distribuição se deu de forma desigual conforme a idade, escolaridade e cor da pele. Percebeu-se que mulheres adultas, com oito ou mais anos de estudo e brancas tiveram maior acesso ao pré-natal.

A correlação positiva encontrada neste estudo entre os indicadores de desenvolvimento humano e percentual de crianças nascidas vivas por cesariana demonstrou que, quanto mais desenvolvido é um município, maior é o número de cesarianas realizadas. Corroborando tal aspecto, encontrou-se uma correlação negativa entre os índices de desenvolvimento humano e percentual de crianças nascidas por parto normal, evidenciando que nos municípios com baixo desenvolvimento há um maior percentual de partos normais. Embora a Organização Mundial da Saúde¹⁹ recomende que as cirurgias cesarianas sejam

realizadas apenas por motivos médicos, e tenha evidenciado que, em âmbito populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não implicam na diminuição da mortalidade materna e neonatal, constatou-se que os municípios da Região Metropolitana de Curitiba apresentam um percentual de cesarianas que varia desde 30% até 64%.

Um estudo conduzido por Hofelmann²⁰, com o objetivo de descrever a distribuição de parto cesáreo no Brasil e em suas regiões entre 1994 e 2009, evidenciou que as proporções desse tipo de parto variaram de 32% a 48,4% no país, havendo um incremento de 51,3%. Em âmbito mundial, as taxas de cesárea também têm aumentado²¹.

O parto normal apresenta vários benefícios para a mãe e o filho, dentre eles a rápida recuperação, a ausência de dor após o parto, a permanência mais curta no hospital e os riscos reduzidos de infecção e hemorragias²². A realização de cesarianas sem indicação médica está associada ao aumento do risco de morte, do número de internações, da necessidade de transfusões sanguíneas e de histerectomia. Dessa forma, este procedimento deve ser realizado apenas quando há indicação, de modo que os benefícios superem os riscos existentes²³.

Apesar de serem altas as taxas de cesarianas nos hospitais públicos, os índices desse tipo de parto no setor de saúde privado são ainda mais elevados²². Um estudo conduzido em Maringá-PR, entre 2002 e 2012, identificou que dos 48.220 nascimentos, 77,1% foram por parto cesáreo e 22,9% por parto vaginal. Ao todo, 22.366 procedimentos foram realizados pelo SUS, sendo 54,6% de cesáreas. Em âmbito privado, as taxas de cesariana foram superiores a 90%²⁴.

Outro estudo realizado entre 2000 e 2011 identificou aumento das taxas de cesáreas neste período, sendo estas mais elevadas nas áreas geográficas mais ricas. Esse tipo de parto foi mais frequente entre as mulheres brancas, com maior grau de formação acadêmica e de maior idade. Além disso, foi observada correlação positiva entre esta taxa e o número de estabelecimentos de saúde²⁵.

Outra correlação encontrada neste estudo se deu entre os indicadores de desenvolvimento humano e percentual de crianças nascidas de mães adolescentes, evidenciando que quanto menos desenvolvido um município, maior é esse percentual. Essa relação também foi percebida por Nogueira et al.²⁶ ao estudarem a distribuição espacial da gravidez na adolescência nos distritos sanitários de Belo Horizonte. Os autores observaram uma relação entre vulnerabilidade social e taxa de nascidos vivos para mulheres com idade entre 12 e 19 anos. Percebeu-se ainda a presença de conglomerados com elevado número de mães adolescentes associados às piores condições socioeconômicas.

Em seu estudo, Ferreira et al.²⁷ mencionam que fatores como o maior nível de alfabetização, o aumento do acesso ao mercado de trabalho e as campanhas sobre o uso de método contraceptivo

têm reduzido as taxas de gravidez na adolescência, entretanto, isso não se dá de maneira homogênea, sendo menor nas classes sociais mais vulneráveis. Os autores ressaltam a importância do desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à saúde reprodutiva.

A partir da análise dos dados deste estudo e da comparação com os dados dos anos anteriores encontrados no Portal de acompanhamento dos ODMs¹⁵, percebeu-se que o seu quinto objetivo está sendo atingido nos municípios da região metropolitana de Curitiba. A melhoria desses indicadores pode ser decorrente da Rede Mãe Paranaense implantada em 2011, que foca na estruturação dos territórios sanitários para que atenda de maneira resolutiva as gestantes e seus bebês, desenvolvendo diversas ações, dentre elas: a captação precoce da gestante, o acompanhamento no pré-natal com no mínimo 7 consultas, a realização de exames, a estratificação de risco para a gestante e o bebê, o atendimento especializado em ambulatório para estes casos e a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital de acordo com o risco gestacional²⁸.

Apesar dos avanços oriundos com a implantação dos ODMs, o nível de desenvolvimento humano dos municípios ainda reflete diretamente nas condições de saúde destes. Assim, ainda existe a necessidade da priorização de ações para a melhoria da saúde materna em todos os municípios, especialmente naqueles com piores indicadores socioeconômicos. Vale

enfatizar que no final do ano de 2015, após intensas discussões governamentais, foram aprovados novos conjuntos de objetivos e metas baseados nos ODMs, sendo incluídos no documento denominado “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”. Dessa forma, as ações estratégicas do PNUD, a partir de 2016, estarão alinhadas com os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), os quais incluem 169 metas. No objetivo 3 do ODS enfatiza-se sobre a saúde de qualidade, com o intuito de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, incluindo a saúde materna²⁹.

Diante do exposto, torna-se clara a necessidade de ampliar as ações destinadas às populações mais vulneráveis, contribuindo assim para a melhoria dos índices de saúde materna. Estudos como este, que se valem da utilização de dados secundários, por vezes apresentam certas limitações, como a falta de confiabilidade dos dados devido a sua sub ou sobrenotificação. Faz-se necessário, portanto, treinamento dos profissionais envolvidos no repasse de dados, bem como uma regularidade na alimentação dos sistemas de informação. Conforme evidenciado no Relatório Nacional de Acompanhamento², é essencial que se disponha de dados confiáveis e sólidos para subsidiar os processos de planejamento responsável, decisão, execução e avaliação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(12):549-51. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005526> PMID:26647842.
2. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: PNUD; 2014.
3. Alencar CA Jr. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(7):377-9.
4. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(10):273-9. PMID:22231159.
5. Nações Unidas no Brasil. Saúde e Bem Estar [Internet]. 2018 [citado em 2018 mar 10]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>
6. Januzzi PM. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *Rev Adm Pública.* 2002;36(1):51-72.
7. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Análise especial Índice FIRJAN de desenvolvimento municipal IFDM 2011. Paraná: FIRJAN; 2014.
8. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Índice IPARDES de desenvolvimento Municipal. Paraná: IPARDES; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Dancey C, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
11. United Nations Population Fund. Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability [Internet]. New York: UNFPA; 2012 [citado 2018 mar 12]. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>
12. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Europe: WHO; 2006.
13. Mano PS, Cesar JA, González-Chica DA, Neumann NA. Iniquidade na assistência à gestação e ao parto em município do semiárido brasileiro. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2011;11(4):381-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400004>.
14. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011- 2012). *Saude Soc.* 2016;25(3):561-72. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162647>.
15. Portal ODM. Relatórios dinâmicos [Internet]. 2015 [citado em 2015 ago 19]. Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldom/>
16. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(3):425-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003> PMID:22415175.

17. Fonseca SC, Monteiro DS, Pereira CM, Scoralick AC, Jorge MG, do Rozario S. Desigualdades no Pré-Natal em cidade do Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(7):1991-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.04212013> PMID:25014279.
18. Friche AAL, Caiaffa WT, César CC, Goulart LMF, Almeida MCM. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intra-urbanos. *Cad Saude Publica.* 2006;22(9):1955-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900027> PMID:16917593.
19. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Geneva: WHO; 2015.
20. Hofelmann D. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. *Epidemiol Serv Saude.* 2012;21(4):561-8. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400005>.
21. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG.* 2016 abr;123(5):745-53. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13592> PMID:26331389.
22. Leguizamón T Jr, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioet.* 2013;21(3):509-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>.
23. Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med.* 2010;8(1):71. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-8-71> PMID:21067593.
24. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(12):548-54. <http://dx.doi.org/10.1590/So100-720320140005038> PMID:25466813.
25. Barros FC, Matijasevich A, Maranhão AG, Escalante JJ, Rabello DL No, Fernandes RM, et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(3):217-25. PMID:26758000.
26. Nogueira MJ, Silva BFA, Barcelos SM, Schall VT. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no município de Belo Horizonte - MG. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(3):297-312. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300002>.
27. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad Saude Publica.* 2012;28(2):313-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200010> Mid:22331157.
28. Paraná. Secretaria do Estado da Saúde. Linha Guia: Rede Mãe Paranaense. [Internet]. Paraná; 2015 [citado em 2015 ago 24]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf
29. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Transformando Nosso Mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. [citado em 2016 fev 19] Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/Agenda2030completo_PtBR.pdf

Recebido em: Jul. 17, 2017
Aceito em: Mar. 31, 2018