

Saúde sexual e reprodutiva da mulher e saúde da criança no Brasil: um estudo de 1990 a 2024

Sexual and reproductive health of women and children's health in Brazil: a study from 1990 to 2024

Santé sexuelle et reproductive des femmes et des enfants au Brésil: une étude de 1990 à 2024

Maria do Carmo Leal¹  Autora correspondente / Corresponding author / Auteur correspondant: duca@fiocruz.br, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt¹ , Elaine Fernandes Viellas¹ , Thaiza Dutra Gomes de Carvalho¹  e Silvana Granado Nogueira da Gama¹ 

(1) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Métodos Quantitativos em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Introdução: No período em análise por este estudo, o Brasil viveu importantes mudanças sociodemográficas, econômicas e de saúde, incluindo a implantação de um Sistema Único de Saúde - SUS, público e universal.

Objetivo: Relatar as transformações ocorridas nos indicadores de condições sociais e da saúde das mulheres e crianças, correlacionando com o contexto das mudanças sociodemográficas.

Materiais e Métodos: Apresenta-se uma série histórica de indicadores sociais, da saúde sexual e reprodutiva da mulher e saúde da criança no período de 1990-2024. Para o cálculo dos indicadores propostos utilizaram-se dados dos Sistemas de Informação em Saúde, Censos Demográficos do Brasil e resultados de pesquisas populacionais de porte nacional.

Resultados: Verifica-se uma queda nas taxas de fecundidade para 1,6 por 100 mil nascidos vivos (NV), aumento da urbanização e do acesso à educação e ao emprego para as mulheres. Houve universalização da atenção pré-natal, contudo com desafios na qualidade dessa assistência: 75% das mulheres tiveram acesso ao pré-natal adequado e 77% tiveram o número mínimo de consultas previstas, com persistência da sífilis congênita. Em 2023, a cesariana correspondeu a 60% dos nascimentos e a mortalidade materna permaneceu elevada, 56 por 100 mil NV. Houve redução significativa da mortalidade na infância, de 72%, principalmente do componente pós-neonatal, e atualmente o indicador é de 15 por mil NV. O aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de idade aumentou de 3% em 1990 para 46% em 2024. A prevalência da desnutrição infantil vem reduzindo desde 1996, chegando a 7% em 2019. As coberturas vacinais para BCG, Dengue, Hepatite, Pólio, DPT e Sarampo alcançaram valores crescentes e universais até 2015, mas reduziram para 90% a primeira e 77% as demais.

Conclusão: Registra-se uma melhoria da condição de vida das mulheres, avanços na oferta dos serviços de saúde, com persistência de problemas na qualidade do cuidado prestado no pré-natal e parto. Para as crianças, a consolidação do SUS viabilizou a promoção do aleitamento ma-

terno, do controle de doenças imunopreveníveis e redução da desnutrição. Políticas sociais com foco nas famílias das populações vulneráveis, como o Bolsa Família, foram responsáveis pelos resultados alcançados. Os índices de violência contra a mulher são ainda preocupantes.

Palavras-chave: Brasil, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Indicadores de saúde, Indicadores sociais.

Abstract

Introduction: During the period analyzed by this study, Brazil experienced important sociodemographic, economic, and health changes, including the implementation of a public and universal health system, called the Unified Health System - SUS.

Objective: To report the transformations that occurred in the indicators of social conditions and the health of women and children, correlating them with the context of sociodemographic changes.

Materials and Methods: A historical series of social indicators, sexual and reproductive health of women and children's health, from 1990 to 2024. Data from the Health Information Systems, Brazilian Demographic Census, and results of national population surveys were used to calculate the proposed indicators.

Results: There was a drop in fertility rates to 1.6 per hundred thousand live births (LB), increased urbanization, and access to education and employment for women. There was universalization of prenatal care, however, there are challenges in the quality of this care: 75% of women had access to adequate prenatal care and 77% had the minimum number of consultations, with persistence of congenital syphilis. In 2023, cesarean sections accounted for 60% of births and maternal mortality remained high, 56 hundred thousand LB. There was a significant reduction in infant mortality, of 72%, mainly in the post-neonatal component, and the indicator currently stands at 15 per 1,000 newborns. Exclusive breastfeeding at 6 months of age increased from 3% in 1990

to 46% in 2024. The prevalence of child malnutrition has been decreasing since 1996, reaching 7% in 2019. Vaccination coverage for BCG, Dengue, Hepatitis, Polio, DPT and Measles reached increasing and universal levels by 2015, but the first vaccine fell to 90% and the others to 77%.

Conclusion: There was an improvement in women's living conditions and advances in health services provision, but problems persisted in the quality of care provided during prenatal care and childbirth. For children, consolidating the SUS made it possible to promote breastfeeding, control immunizable diseases, and reduce malnutrition. Social policies focused on families in vulnerable populations, such as the Bolsa Família Program, were co-responsible for the results achieved. The rates of violence against women are still high.

Keywords: Brazil, Women's Health, Children's Health, Health Indicators, Social Indicators.

Résumé

Introduction: Au cours de la période analysée, le Brésil a connu d'importants changements sociodémographiques, économiques et de santé, dont l'implantation du Système Unifié de Santé (SUS).

Objectif: Rendre compte des transformations survenues dans les indicateurs des conditions sociales et de la santé des femmes et des enfants, en les corrélant avec le contexte des changements sociodémographiques.

Matériaux et Méthodes: une série historique des indicateurs sociaux, de la santé sexuelle et reproductive des femmes et de la santé des enfants, allant de 1990-2024. Les données proviennent des Systèmes d'Information en Santé, du Recensement Démographique Brésilien et des enquêtes nationales.

Résultats: observé une baisse des taux de fertilité à 1,6 pour 1000 naissances vivantes (NV), une augmentation de l'urbanisation, ainsi qu'un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi pour les femmes. Le suivi prénatal a été largement universaliste, mais la qualité de ces soins demeure un défi: 75% des femmes ont bénéficié de soins prénatals adéquats et 77% ont eu le nombre minimum de consultations. La syphilis congénitale persiste cependant. En 2023, 60% des accouchements étaient réalisés par césarienne, et la mortalité maternelle est restée élevée, à 56 pour 100 000 naissances. La mortalité infantile a diminué de 72%, surtout après la période néonatale, atteignant 15 pour 1 000 naissances. L'allaitement exclusif à 6 mois est passé de 3% en 1990 à 46% en 2024. La malnutrition infantile a diminué pour atteindre 7% en 2019. Les couvertures vaccinales pour la BCG, Dengue, l'Hépatite, la Polio, la DTP et la Rougeole ont atteint des niveaux universels jusqu'en 2015, bien que la couverture pour certaines vaccins ait chuté à 77% en 2023.

Conclusion: Bien que des progrès aient été réalisés dans

l'amélioration des conditions de vie des femmes et des enfants, des défis persistent, notamment dans la qualité des soins prénatals et de la maternité. Pour les enfants, la consolidation du SUS a permis de promouvoir l'allaitement, de lutter contre les maladies immunisables et de réduire la malnutrition. Les politiques sociales, comme le programme Bolsa Família, ont joué un rôle clé dans ces résultats, bien que la violence contre les femmes reste préoccupante.

Mots-clés: Brésil, santé des femmes, santé des enfants, indicateurs de santé, indicateurs sociaux.

Introdução

O Brasil é um país da América Latina com extensão territorial de 8.515.767,049 km². Faz fronteira com dez países sul-americanos (Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai, Venezuela, Guiana Francesa). A população é multirracial, com mais de 212 milhões de habitantes (45,3% pardos, 43,5% brancos, 10,2% pretos, 0,8% indígenas e 0,4% amarelos). As mulheres em idade reprodutiva representam 27% do total, e os menores de 5 anos de idade 8% [1]. Do ponto de vista político, é uma República Federativa de regime presidencialista, dividida administrativamente em 26 estados e um Distrito Federal, com um total de 5.024 municípios. Composto por cinco macrorregiões geográficas (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), o país é marcado por grandes diferenças culturais e econômico-sociais, muito embora o português seja a única língua oficial, afora os 274 idiomas das populações originárias. As macrorregiões mais desenvolvidas economicamente ficam no centro-sul e as mais pobres, no norte-nordeste [1,2].

Nos últimos 50 anos, o país intensificou o processo de industrialização tardia e desordenada, levando ao agravamento das desigualdades socioespaciais e ao crescimento de favelas nas cidades. A população urbana aumentou de 56%, em 1970, para 87%, em 2022 [1]. Apesar de estar entre as dez principais economias do planeta, o índice de Gini do país (indicador de desigualdade de renda familiar) é atualmente de 0,520, um dos piores do mundo, revelando grandes iniquidades sociais [4], ampliadas pelas interseccionalidades de gênero e de raça/cor [5]. Neste período, reduziram-se as taxas de fecundidade, de mortalidade materna e infantil, e cresceram a expectativa de vida e a escolaridade, principalmente das mulheres, com ampliação

do acesso ao mercado de trabalho [6].

Na área da saúde, 70% da população é atendida, exclusivamente, pelo SUS, e o restante pelo setor privado que compreende os planos de saúde [7]. O SUS, criado em 1988, é gratuito e, mesmo os beneficiários do setor privado o utilizam para acesso a vacinas, medicamentos, incluindo os de alto custo, exames diagnósticos, bem como procedimentos de alta tecnologia como cirurgias cardíacas, tratamento de tumores malignos e transplantes [8].

Os princípios que regem o SUS são: universalidade - a saúde é um direito de todos; equidade - tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; integralidade - atender as pessoas como um todo e a todas as suas necessidades. Tem como diretrizes a descentralização, a regionalização de suas ações e serviços e a participação popular visando o controle social [9].

Atualmente, o SUS conta com uma rede de 7.401 hospitais, dos quais aproximadamente 4.000 prestam serviços de atendimento ao parto e nascimento. Tem 53 mil unidades de Atenção Primária, o que garante cobertura de cerca de 75% da população residente [10]. No entanto, ainda persistem vazios assistenciais em áreas rurais e remotas do país [11].

A articulação do SUS com outras políticas públicas, como o Bolsa Família, programa de transferência de renda do Brasil, que atende a mais de 5 milhões de famílias, as iniciativas de inclusão social na área de trabalho, educação e moradia, entre outras, aliada a manutenção da estabilidade econômica, contribuiu significativamente para as melhorias sociais e econômicas observadas no país ao longo das últimas décadas [12]. O presente artigo tem como objetivo relatar as transformações ocorridas nos indicadores de condições de saúde das mulheres e crianças, correlacionando com o contexto das mudanças sociodemográficas no período estudado. As análises destacam temas como a contracepção, aborto, gravidez, parto e puerpério. Discute-se também a mortalidade materna, violência contra a mulher, incluindo a violência obstétrica. A abordagem da saúde de crianças foca no aleitamento materno e na mortalidade dos menores de um ano, uma vez que representam 85% das mortes entre os menores de cinco anos [13]. A avaliação do estado nutricional amplia o grupo etário para os menores de seis anos.

Materiais e métodos

O estudo é baseado em várias fontes de informações:

censos populacionais, estatísticas vitais e de assistência à saúde, inquéritos nacionais sobre saúde da mulher e criança e revisão de estudos publicados.

Para caracterizar as condições sociais da população brasileira, foram empregados os seguintes indicadores: esperança de vida ao nascer, percentuais de pobreza e de analfabetismo na população feminina, assim como a oferta de saneamento básico e luz elétrica - obtidos nos censos demográficos do Brasil realizados em 1990 [14] e 2022 [1].

O potencial de crescimento da população, foi analisado por meio das taxas de fecundidade total (TFT) e específicas (TEF) por idade. A TFT é um indicador demográfico que representa o número médio de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao longo de seu período reprodutivo, em uma determinada região e período. Para o país, as TFT foram extraídas das projeções populacionais informadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [15-17], do Censo Demográfico 2022 [1] e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) [18]. Já as taxas de fecundidade específicas por faixa etária (TFE) para a população feminina de 10 a 49 anos de idade, residente no Brasil, foram analisadas para os grupos etários: 10-14, 15-19, 20-34 e de 35-49 anos. A TFE foi calculada de forma direta, dividindo o número de nascidos vivos por 1.000 mulheres de cada faixa etária pela população total feminina desta mesma faixa etária, a cada ano, de 2000 a 2024. Os dados sobre nascidos vivos foram obtidos a partir do Sinasc [18] e as estimativas populacionais femininas foram extraídas do IBGE [19].

O planejamento reprodutivo foi descrito pelas prevalências do uso de qualquer método contraceptivo entre mulheres de 15 a 49 anos de idade que vivem com seus parceiros, assim como do uso de qualquer contraceptivo moderno por esse mesmo grupo. O acesso e o tipo de método anticonceptivo usado pelas mulheres brasileiras são originários do relatório de uma amostra probabilística de domicílios selecionados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 [7] e 2019 [20], e de estimativas e projeções baseadas em modelos de indicadores de planejamento familiar apresentadas no relatório de 2017 das Nações Unidas [21].

A análise da prática de aborto no país foi avaliada por dois indicadores: o primeiro é o número de interrupções por aborto em hospitais do SUS, com dados extraídos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) [22]; o segundo, a taxa de abortos inseguros por

Quadro 1: Dados secundários como fonte de informação em saúde

Dados secundários como fonte de informação em saúde
Dados coletados de forma contínua, provenientes de estatísticas vitais - Sinasc e SIM, e de produção de serviços hospitalares - SIH/SUS e Si-PNI, são fontes de informações muito utilizadas para estudos na área da saúde da mulher e da criança. Entre as vantagens desses bancos de dados secundários, inclui-se o baixo custo, a facilidade de acesso, o grande volume de informações disponibilizadas e a ampla abrangência populacional. As informações desses sistemas estão disponíveis na página <i>web</i> do Departamento de Informática do SUS (Datasus): www.datasus.gov.br. O mais antigo Sistema de Informação em Saúde (SIS) do Brasil é o SIM, implantado em 1976, constituído a partir dos dados de todas as declarações de óbito, que inclui informações de características sociodemográficas e das condições e causas da ocorrência do óbito. Especificamente para os óbitos de menores de um ano ou fetal, são incluídos dados sobre as características maternas, da gestação e do nascimento. Estratégias para a melhoria da cobertura do SIM, da completude das informações e redução de causas mal definidas têm sido implementadas⁽¹⁾. A cobertura do SIM aumentou de forma expressiva, variando de 52% em 1990 para quase a totalidade dos óbitos em 2020^(1,2). Neste último ano, tanto o sub-registro de óbitos dos menores de 1 ano como das mulheres em idade fértil não ultrapassou 2%. A investigação dos óbitos ocorridos em mulheres em idade reprodutiva se ampliou, o que reduziu o fator de correção da mortalidade materna de 2,5 em 1990⁽³⁾ para 1,0 em 2020⁽¹⁾, e melhorou a confiabilidade da informação. Para os menores de um ano, entre 1996 e 2023, as causas mal definidas diminuíram de maneira significativa, de 14% para 3%. Entretanto, variáveis importantes para analisar os determinantes dos óbitos maternos, infantis e fetais, tais como os dados de escolaridade materna e duração da gestação, ainda permanecem com qualidade regular (entre 10 e 20% de incompletude)⁽⁴⁾. O Sinasc, implantado em 1990, coleta dados sobre nascidos vivos (NV) em todo o território nacional. O sistema compila as informações da declaração de nascido vivo (DNV) sobre características sociodemográficas da mãe, do pré-natal e das condições de nascimento⁽⁵⁾. Em 2020, a subnotificação de NV foi inferior a 1%⁽²⁾, e a incompletude de todas as variáveis foi menor que 5%⁽⁴⁾. O SIH/SUS, criado em 1991, é o único de abrangência nacional, destinado ao pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Com as vantagens de fornecer informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação hospitalar, bem como o reduzido tempo entre a ocorrência do evento e seu registro. Apesar de suas potencialidades, os dados do SIH/SUS podem apresentar distorções decorrentes de diversos fatores, subnotificação de internações e a possibilidade de fraudes, devido a natureza contábil do sistema. Ainda assim, o SIH/SUS vem ampliando a possibilidade de produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva.⁽⁶⁾ Implantado em 1973, o Si-PNI é responsável por coletar, processar e disponibilizar dados sobre doses aplicadas e cobertura por tipo de vacinal segundo faixa etária. Entre suas principais vantagens, destaca-se a possibilidade de monitoramento em tempo real da cobertura vacinal. Apesar da ocorrência de subnotificações e inconsistências nos dados, o sistema fornece informações essenciais para planejamento de campanhas, alocação de recursos e definição de grupos prioritários.⁽⁷⁾

(1) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo Complementar à Aplicação da técnica de captura-recaptura estimativas desagregadas dos totais de nascidos vivos e óbitos, 2020. 27pp. Rio de Janeiro, 2022. [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101927.pdf>; (2) Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida P, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6):1915–28; (3) Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [Internet]. [citado 7 de maio de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf; (4) Bittencourt SDA, Dias MAB, Wakimoto MD (Orgs.) Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade [Internet]. ENSP/Fiocruz; 2013. Disponível em: https://25anos.ead.fiocruz.br/materiaisead/qualificacao-profissional/vigilancia-do-obito-materno-Infantil-fetal/percurso/documents/5_Instrumentos_para_registro_de_obitos_e_nascimentos.pdf; (5) Datasus. Arquivo reduzido de DN [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>; (6) Panitz LM. & Rodrigues W. Potencialidades e limitações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): revisão integrativa. Desafios – Rev. Interdisc. Univ. Fed. Tocantins, v. 11, n. 1, 2024; (7) Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 50 anos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/programa-nacional-de-imunizacoes-celebra-50-anos>.

mil mulheres em idade fértil, estimada de forma indireta com base no método “*The Abortion Incidence Complications Method*” proposto pelo Instituto Guttmacher (Estados Unidos). A estimativa apresentada abrange as internações por complicações decorrentes do aborto registradas no SIH/SUS e as internações das beneficiárias de planos de saúde privados [23]. Adicionalmente, a frequência de abortos entre mulheres de 18 a 39 anos residentes em áreas urbanas foi estimada a partir da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2010, 2016 e 2021 [24].

Com base nos dados do Sinasc [18], foram analisados aspectos relacionados à assistência pré-natal, ao parto e às condições de nascimento, por meio dos seguintes indicadores, expressos em percentuais: gestantes sem atenção pré-natal; mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal; adequação quantitativa do pré-natal que considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de, no mínimo, seis consultas; percentagens de partos hospitalares; cesarianas; baixo peso ao nascer e prematuridade.

A contribuição relativa das cesarianas foi analisada nos grupos de Robson [25], com menor recomendação clínica para sua realização: grupo 2 (nulíparas, gestação única, posição cefálica, a termo, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto), grupo 4 (múltipara excluindo cesárea prévia, gestação única, posição cefálica, a termo, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto). O grupo 5 (múltiparas, gestação única, posição cefálica, a termo, com cesárea anterior) foi também apresentado.

Para descrever o processo de trabalho de parto, parto e nascimento, baseou-se em dois inquéritos nacionais: Nascer no Brasil - PNB (2011) [26], com amostra de maternidades públicas e privadas, e a avaliação da estratégia da Rede Cegonha, em maternidades públicas e conveniadas ao SUS (2017) [27]. Para a mulher, foram comparados indicadores de boas práticas (deambulação, alimentação, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, presença de enfermeira obstétrica, acompanhante de livre escolha), e intervenções desnecessárias (manobras de Kristeller, episiotomia e litotomia) e para o recém-nascido (amamentação na sala de parto) e intervenções (aspiração de vias aéreas e gástrica).

No que diz respeito à saúde da criança, informações sobre o aleitamento materno pós-parto são oriundas de vários inquéritos realizados em diferentes momentos [7, 28-32], assim como os dados da desnutrição infantil [29-31].

As coberturas vacinais de BCG, hepatite B, poliomie-

lite, tríplice viral e DPT foram obtidas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (Si-PNI) [33].

A razão de mortalidade materna, das taxas de mortalidade na infância, infantil, pós-neonatal, neonatal tardia e neonatal precoce, tiveram os numeradores obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) [13] e os denominadores do Sinasc [18]. Foi apresentada em percentual das *causas de morte evitáveis* para menores de um ano de idade por intervenções no SUS (ações de imunização, atenção adequada à mulher na gestação, no parto e ao recém-nascido, além de ações adequadas de diagnóstico e tratamento e de promoção à saúde, vinculadas as ações adequadas de atenção à saúde) [34].

As estatísticas de violência contra mulheres foram obtidas a partir de três fontes. A primeira da Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher, realizada pelo Instituto de Pesquisa DataSenado, em 2023, por meio de entrevistas telefônicas (violência doméstica, psicológica, física e sexual contra mulheres de 16 ou mais anos de idade) [35]. A segunda apresenta dados sobre estupro e feminicídio, disponíveis no Anuário Brasileiro de Segurança Pública, publicado em 2024, com informações fornecidas pelas secretarias de segurança pública estaduais, pelas polícias civil, militar e federal, entre outras fontes oficiais da Segurança Pública [36]. E a terceira fonte se refere aos dados de violência obstétrica obtidos pela PNB [37].

Com o objetivo de evidenciar as desigualdades nos padrões de adoecimento e morte no Brasil, os diferentes indicadores utilizados neste estudo foram estratificados por macrorregiões geográfica, grupos de idade, cor da pele e escolaridade.

Resultados e Discussão

Indicadores Sociais

No período estudado, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 66 para 75 anos de vida, decresceram os percentuais de mulheres analfabetas (de 20% para 6%) e indivíduos em pobreza (de 45% para 25%). As condições de moradia e saneamento básico melhoraram pouco, não acompanhando o crescimento populacional. A energia elétrica alcançou quase a totalidade dos domicílios (99%), mas não houve expansão na cobertura do abastecimento de água (85%), e foi discreto o aumento da cobertura da rede geral de esgoto (63%) (Tabela 1).

Tabela 1: Indicadores Sociais. Brasil, 1990 e 2022

Indicadores	1990	2022
Esperança de vida ao nascer (anos)	65,8	75,5
% de analfabetos na população feminina de 15 anos ou mais	20,3	6,5
% de indivíduos em pobreza (renda per capita inferior a um salário-mínimo)	45,4	25,3(*)
% de domicílios servidos:		
rede geral de água	90,7	85,5
rede geral de esgoto (ou fossa séptica)	56,7	63,2
energia elétrica	88,8	99,7

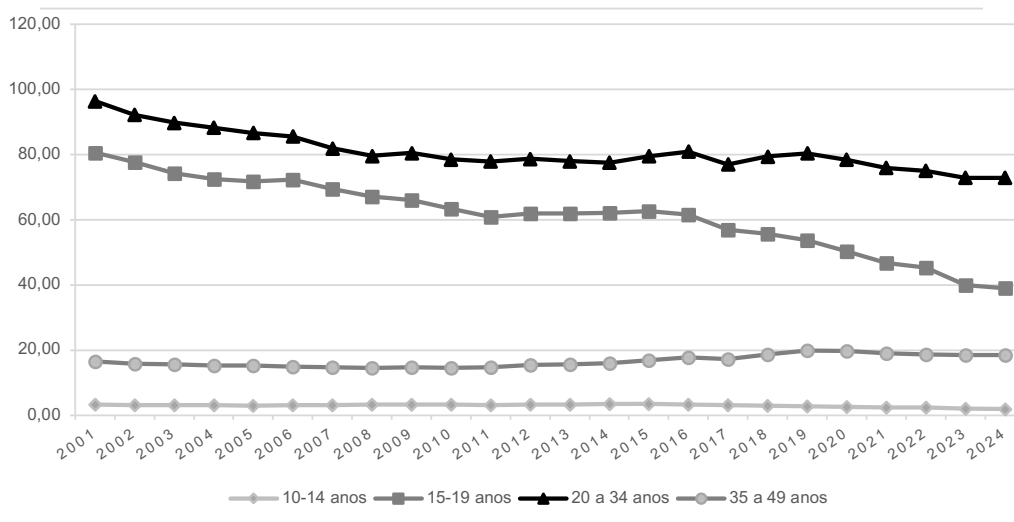
IBGE. Censo Demográfico 1990 e 2022. Rio de Janeiro

(*) Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida, da população brasileira, 2019

Fecundidade e Aborto

A queda da taxa de fecundidade no Brasil tem sido notável, decrescendo de uma média de três filhos por mulher, em 1990, para 1,6, em 2024, com diminuição absoluta do número de nascimentos em todas as macrorregiões do país, certamente impulsionada pelo amplo acesso a métodos contraceptivos [38] (Tabela 2). As taxas específicas de fecundidade têm variado por idade, apontando queda entre as adolescentes e crescimento no grupo etário dos 35 anos ou mais, como pode ser visto no Gráfico 1. A postergação da maternidade ocorre principalmente nas macrorregiões centro-sul do país e preocupa pelos maiores riscos obstétricos e perinatais dessa população [39]. A redução dos partos em adolescentes reflete as políticas públicas implantadas no país, prevenindo efeitos adversos na saúde e reduzindo as desigualdades sociais [40-42].

O acesso a métodos contraceptivos aumentou de 66% (1990) para 84% (2019) entre mulheres de 15 a 49 anos e que realizaram sexo nos últimos doze meses (Tabela 2). Em um país com tantas desigualdades como o Brasil, os contraceptivos reversíveis de longa duração, os LARCs (*long-acting reversible contraceptives*), podem ser a solução para o adequado planejamento reprodutivo, por dispensar, após o período de adaptação, a presença constante na unidade de saúde. O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é disponibilizado pelo SUS, entretanto, a sua colocação é restrita por ausência de profissionais capacitados. Em decorrência disso, apenas 4% das mulheres declararam usar este método, em comparação aos 40% que estavam em uso de pílulas anticoncepcionais e 20% de preservativo masculino [20]. Já o método permanente de contracepção (laqueadura tubária) equivale a 17% do total e está associado a um perfil de maior vulnerabilidade social

Gráfico 1: Taxas de fecundidade específica por faixa etária. Brasil, 2000-2023

*Taxa fecundidade específica por faixa etária = nascidos vivos / população feminina da mesma faixa etária x 1000

Fontes: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e IBGE - Projeções da População: Brasil e Unidades da Federação: Estimativas e Projeções: Revisão 2024

[43]. O período de parto e pós-parto imediato é considerado um momento apropriado para a orientação reprodutiva, pois a mulher está em contato com o

serviço de saúde e muito receptiva para as questões referentes à sua reprodução.

O aborto ainda é uma prática comum, embora ilegal

Tabela 2: Indicadores de Saúde da Mulher e de Saúde da Criança. Brasil, 1990-2022/24

Indicadores	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2022/24
Saúde da Mulher								
Taxa de fecundidade total	2,9 ^(1,1)	2,7 ^(1,1)	2,4 ^(1,2)	2,1 ^(1,2)	1,9 ^(1,2)	1,7 ^(1,2)	1,7 ^(1,3)	1,6 ⁽²⁾⁽³⁾
% uso de qualquer contraceptivo entre mulheres (15-49 anos) que vivem com seus parceiros ⁽⁴⁾	66,2	76,2	-	80,6	-	81,0	83,7	-
% uso de qualquer contraceptivo moderno entre mulheres (15-49 anos) que vivem com seus parceiros ⁽⁴⁾	56,5	70,2	-	77,1	-	78,2	76,8	-
Número de internações por aborto ⁽⁵⁾	-	-	247.884	250.447	220.571	205.439	167.237	171.822
Taxa de abortos inseguros por mil mulheres em idade fértil ⁽⁶⁾	-	-	-	-	-	8,6	7,5	6,4
% de gestantes sem atenção pré-natal ⁽²⁾	-	10,9	4,9	2,6	1,8	2,2	1,7	1,4
% de mulheres com 7 ou mais consultas pré-natais ⁽²⁾	-	49,0	46,0	53,6	61,1	66,9	71,0	77,2
% de adequação do acesso ao pré-natal segundo Índice de Kotelchuck: adequado e mais que adequado ⁽²⁾	-	-	-	-	-	65,5	69,9	75,5
% de partos hospitalares ⁽²⁾	-	96,1	96,6	97,1	98,1	98,5	98,3	98,4
% de cesarianas ⁽²⁾	-	40,2	38,0	43,3	52,3	55,5	57,3	59,6
Saúde da Criança								
% de baixo peso ao nascer ⁽²⁾	-	7,9	7,7	8,1	8,4	8,4	8,7	9,3
% de prematuros	-	-	-	-	11,5 ⁽⁶⁾	11,1 ⁽²⁾	11,5 ⁽²⁾	12,1 ⁽⁷⁾
% de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses	2,9 ⁽⁸⁾	23,9 ⁽⁹⁾	-	37,1 ⁽¹⁰⁾	-	36,6 ⁽¹¹⁾	45,7 ⁽¹²⁾	45,8 ⁽¹³⁾
% desnutrição (altura/idade) em crianças	-	13,5 ⁽⁹⁾	-	6,8 ⁽¹⁰⁾	-	-	7,0 ⁽¹²⁾	-
Indicadores de Mortalidade Infantil e Materna								
Taxa de mortalidade na infância (/1000 NV)	53,7	40,2	30,1	25,7	18,6	15,6	13,2	15,0
Taxa de mortalidade infantil (/1000 NV)	47,1	35,1	26,1	20,4	16,0	13,5	11,5	12,6
Taxa de mortalidade pós-neonatal (/1000 NV)	24,0	15,2	9,4	6,8	4,9	4,0	3,2	4,1
Taxa de mortalidade neonatal tardia (/1000 NV)	5,4	4,2	3,6	3,1	3,0	2,2	2,0	2,2
Taxa de mortalidade neonatal precoce (/1000 NV)	17,7	15,7	13,1	10,5	8,1	7,3	6,2	6,3
% de óbitos < 1 ano por causas evitáveis	-	-	68,2	70,2	69,1	67,8	66,0	66,3
Reduzível pelas ações de imunização	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	-	-	27,4	31,8	38,5	39,7	42,9	41,3
Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	-	-	13,6	14,4	15,7	15,0	15,8	13,4
Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	-	-	32,1	29,3	27,0	27,8	27,3	24,5
Reduzíveis por ações diagnóstico e tratamento adequado	-	-	13,9	12,8	10,7	9,8	7,0	12,1
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas as ações adequadas de atenção à saúde	-	-	12,8	11,5	8,1	7,4	7,0	8,6
Razão de mortalidade materna (/100.000 NV)	143,2	115,7	81,5	78,2	67,5	59,7	72,0	53,2

(1.1) IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. UNFPA/ BRASIL (BRA/02/P02) – População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da Projeção (preliminar) da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030 https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf; (1.2) IBGE. Brasil em síntese. Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 2000 a 2015 <https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>; (1.3) IBGE. Cidades e Estados do Brasil – Panorama. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>; (2) Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) [TABNET]; (3) Censo Demográfico 2022; (4) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2017- New York: United Nations; (5) Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [DATASUS]; (6) Observatório Obstétrico - Pánel de Vigilância da Saúde Materna <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/painel-vigilancia-saude-materna/>; (7) Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento 2011; (8) Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986; (9) Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996; (10) Pesquisa Nacional de Demografia e de Saúde da Mulher e da Criança, 2006; (11) Pesquisa Nacional de Saúde, 2013; (12) Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), 2019; (13) The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI) Report, 2024.

no país. Este procedimento é permitido em apenas três situações: quando a gravidez resulta de estupro, quando representa risco à vida da mãe e, desde 2012, em casos de anencefalia fetal. Quando o aborto é de-

corrente de estupro, segundo o Código Penal Brasileiro, não há limitação de idade gestacional ou ao peso do feto [44].

Entretanto, o acesso a esse direito é desigual e

influenciado por diversos fatores. Além das barreiras relacionadas a crenças religiosas, existem problemas como a falta de conhecimento sobre os direitos garantidos pela legislação e os serviços disponíveis; o medo da criminalização; estigma social; as barreiras organizacionais, como a inadequada exigência de registros jurídicos e policiais. Também há recusa por parte dos médicos em realizar o procedimento; e desconfiança em relação à palavra da pessoa que busca esse tipo de assistência [45].

A ilegalidade do aborto não previsto em lei, no entanto, não coíbe sua realização, mas, reforça as desigualdades sociais. Mulheres brasileiras com melhor condição socioeconômica pagam pelo aborto seguro em clínicas e consultórios privados, enquanto a maioria compra misoprostol no mercado paralelo. Quando precisam completar o esvaziamento uterino ou ocorre alguma complicação, buscam a assistência hospitalar do SUS [45]. Como consequência do uso do misoprostol, as complicações vêm se reduzindo e, em 2022, ocorreram 171.822 internações por aborto no SUS, um terço a menos do que há vinte anos [24] (Tabela 2).

Na PNA de 2021 [24], 10% das mulheres disseram ter feito ao menos um aborto na vida, percentagem inferior ao encontrado em 2016 (13%) e em 2010 (15%). As proporções foram mais elevadas em mulheres de baixa escolaridade, negras e residentes em áreas periféricas. Estes dados também corroboram a queda nas hospitalizações por aborto no SUS. A redução verificada e a diminuição da gravidade dos casos hospitalizados não foram suficientes para retirar o aborto das cinco principais causas de morte materna, evidenciando, portanto, negligência na prevenção de gravidezes indesejadas e na melhoria do acesso e adesão aos métodos contraceptivos.

Gestação, parto, nascimento e puerpério

Embora o Brasil tenha avançado significativamente na ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente a totalidade das gestantes desde 2010, ainda persistem desafios relacionados à qualidade da assistência, uma vez que um quarto das mulheres ainda realizam número insuficiente de consultas e não têm acesso adequado ao pré-natal, o que compromete a integralidade do cuidado. Um reflexo da baixa qualidade da atenção pré-natal é a persistente incidência de sífilis congênita, que se mantém em torno de 10 casos por 1.000 NV/ano. O tratamento adequa-

do para gestantes com sífilis alcançou 82% em 2022, quando o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é igual ou superior a 95% [46]. Entre as diversas barreiras para a não realização do pré-natal de qualidade destacam-se as desvantagens sociais. Os piores desempenhos são observados entre as mulheres pretas, residentes nas macrorregiões Norte e Nordeste, com baixa escolaridade, e maior paridade [47].

A lei de vinculação das gestantes às maternidades de referência para o parto foi criada em 2007 [48] com o propósito de integrar os serviços de atenção pré-natal, ao parto e puerpério, garantir o acolhimento das gestantes e a disponibilidade de leito para internação, assim como prevenir riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nascido. Entretanto, o seu cumprimento ainda não está ao alcance de cerca de 20% das brasileiras, principalmente as residentes nas macrorregiões mais remotas, as adolescentes e as de baixa escolaridade [47].

No Brasil, a atenção ao parto está amplamente institucionalizada, sendo oferecida a 99% das mulheres [18] (Tabela 2). Sobre a atenção ao trabalho de parto e parto, em 2011 a PNB mostrou que apenas de 50% das gestantes brasileiras tiveram acesso às boas práticas obstétricas recomendadas para o bom desempenho do trabalho de parto (deambulação, alimentação, medidas não farmacológicas para o alívio da dor, presença de enfermeira obstétrica e acompanhante de livre escolha em tempo integral). Em contrapartida, observou-se alta frequência de intervenções desnecessárias (manobras de Kristeller, episiotomia e litotomia), especialmente em mulheres de baixo risco [49]. Isso motivou o lançamento de um programa nacional, denominado Rede Cegonha, com foco na atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério. Um estudo avaliativo da Rede Cegonha, realizado em 2017 [50], apontou crescimento do acesso à tecnologia apropriada ao parto e nascimento, com aumento do uso de práticas benéficas e redução daquelas consideradas prejudiciais [51].

Entretanto, esse efeito não se refletiu na redução de partos operatórios, que à época era de 57% e, em 2023, alcançou 60% [18]. No setor privado, que atende 20% dos partos, essa proporção alcança mais de 80% [52]. No país, os grupos de Robson 2 e 4 têm uma contribuição relativa de 27% na proporção de cesarianas e o grupo 5 de 36%, em consequência do excesso de cesariana nos grupos 2 e 4 [52]. Esses dados representam um grande desafio, pois a cesariana aumenta o risco de morbidade e mortalidade materna

[53,54] e para gestações futuras o risco de placenta prévia e acreta [55].

A cesariana sem indicação clínica também traz prejuízos para a saúde dos recém-nascidos, aumentando os agravos neonatais, especialmente quando realizada antes da 39ª semana de gestação [55,56]. A curva brasileira de distribuição da idade gestacional é desviada à esquerda em relação aos países europeus, uma vez que aproximadamente um terço dos nascimentos no setor público e a metade no privado ocorrem antes da 39ª semana gestacional em decorrência das cesarianas ante parto. A prematuridade é de 11,5%, sem distinção entre os setores público e privado, muito embora sejam grandes as diferenças socioeconômicas entre os dois grupos de mulheres [57]. As intervenções desnecessárias na assistência ao recém-nascido saudável também foram observadas na PNB. A aspiração de vias aéreas foi de 71% e a gástrica de 40%, enquanto a amamentação na sala de parto foi de apenas 16% [58], resultados que também melhoraram no estudo da avaliação da Rede Cegonha [59].

A cobertura da consulta puerperal é mais baixa do que a de consulta pré-natal. A PNB identificou que 74% das parturientes fizeram a consulta de revisão de parto, mas apenas 37% no período de quinze dias, preconizado pelo Ministério da Saúde. Para a consulta do recém-nascido, o comparecimento foi 93%, mas apenas 22% na primeira semana de vida, como recomendado [60].

Mortalidade materna

A mortalidade materna é reconhecidamente uma violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. Trata-se de uma morte prematura, evitável, que provoca impactos profundos na dinâmica familiar e à sociedade como um todo. A razão de mortalidade materna (RMM) – número de óbitos maternos por cada 100.000 NV, no Brasil, decresceu 57% entre 1990 e 2015, quando chegou a 60/100.000 NV, permanecendo abaixo da meta pactuada de 70% nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) [61]. Passados oito anos, a velocidade de redução da RMM segue insuficiente para o cumprimento das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030 [62]. Destaca-se, ainda, a interrupção da trajetória descendente da RMM em decorrência da pandemia de Covid-19. O Brasil, um dos países com maior número de óbitos maternos e fetais associados à infecção pelo SARS-CoV-2, quase dobrou a RMM em 2021,

passando para 117 óbitos / 100.000 NV [63,64].

A partir de 2022, a RMM retomou a tendência de queda, e em 2023, chegou a 53 por 100.000 NV [13,18]. As causas obstétricas diretas, associadas à baixa qualidade da assistência ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, permaneceram responsáveis por cerca de 70% dos óbitos maternos ao longo do período analisado [13]. As principais causas de morte materna registradas no SIM foram os transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério, representando quase 20 % dos óbitos, seguido das hemorragias, um pouco mais de 10%, infecção puerperal e aborto com 6% e 5% respectivamente. Como resultado do progresso do controle do HIV/Aids, a importância da doença na morte materna, que era de quase 4% em 1996, desde 2020 não registra nenhum caso no SIM [13]. Em consequência das permanentes iniquidades sociais e em saúde, os dados subnacionais mostram que as mulheres pretas, indígenas, com poucos anos de estudo e residentes nas macrorregiões Norte e Nordeste continuam sendo as mais vulneráveis à morte materna.

Violência contra a mulher

Dentre os ODS [62], está a eliminação de todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas pública e privada. No Brasil o enfrentamento da violência contra a mulher é uma árdua tarefa. Dados mostram um cenário alarmante e todas as modalidades de violência contra às mulheres vêm aumentando. Em 2023, a pesquisa do Instituto Senado publicou que 30% das brasileiras já tinham sofrido algum tipo de violência doméstica. Dentre essas mulheres, 89% vivenciaram violência psicológica, 76% violência física e 25% violência sexual [35]. Nesse mesmo ano, foram identificadas 83.988 vítimas de estupro pela segurança pública [36], sendo 88% pessoas do sexo feminino. Desse total, 76% eram casos de estupro de vulnerável (menores de 14 anos de idade), sendo que neste grupo 65% ocorreram na residência e 64% foi perpetrado por familiares. A situação, no entanto, é muito pior. Segundo o Instituto Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apenas 8,5% dos estupros são registrados na polícia e 4,2% nos serviços de saúde [65]. Foram 1.467 mulheres vítimas de feminicídio, o maior número já registrado desde que a lei 13.104 entrou em vigor em 2015 [66], representando quase 40% do total de homicídios de mulheres. A taxa de feminicídio foi de 1,4 mulheres mortas por cem

mil mulheres brasileiras, quase o dobro da encontrada na Europa. Em dezessete estados as taxas eram mais altas do que a média nacional [36]. Mulheres pretas e de baixa escolaridade são as mais expostas, reproduzindo as iniquidades observadas em outros indicadores sociais e de saúde.

O Brasil tem avançado em arcabouço legal de estupro, feminicídio, importunação sexual e igualdade salarial [66-68], mas, o temor de denunciar a violência é uma barreira que prejudica a autonomia feminina, por vezes afastando as mulheres do mercado de trabalho e dos espaços públicos. É urgente a implementação de medidas preventivas, como ampliação de campanhas de conscientização, tanto incentivando as mulheres a denunciarem, como alertando os homens sobre endurecimento das leis de proteção às vítimas.

Outro tipo de violência, e para qual não há legislação federal específica, é a obstétrica, caracterizada por violência física, verbal, sexual, negligência, maus-tratos, desrespeito, condutas não baseadas em evidências científicas e inadequações nos serviços de saúde [69]. Segundo a PNB, a violência obstétrica foi reportada por 45% das mulheres atendidas em maternidades da rede pública e 30% das atendidas no setor privado [37]. Por conta dessa alta magnitude, é considerada uma grave forma de violência de gênero que compromete os direitos humanos fundamentais das mulheres, além de ser um problema de saúde pública mundial [69,37].

Saúde Infantil: Aleitamento Materno, Nutrição e Imunização

O progresso do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses no Brasil foi expressivo, partindo de 3% em 1986[28] para 46% em 2024[32] (Tabela 2). Esse resultado reflete os esforços nacionais na implementação de políticas públicas em saúde que enfatizam a promoção do contato pele a pele, oferta do seio materno no momento do nascimento e o aleitamento exclusivo na maternidade [70]; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru; a criação de bancos de leite humano nos hospitais e de uma rede nacional de banco de leite; a Unidade Amigo da Criança na Atenção Básica para incentivo durante a assistência pré-natal e, sobretudo, apoio às puérperas[71-73]. Outra iniciativa relevante foi a regulamentação da promoção, comercialização e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças menores de 3 anos no Brasil - Código Brasi-

leiro de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) [74]. O NBCAL foi criado em 1988, com base no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, tendo passado por atualizações em 1992, 2001 e 2002. Também a licença-maternidade de seis meses tem efeito de ampliar o AME. Um direito antigo de servidoras públicas, desde 2008 pode ser usufruído por mulheres com vínculo empregatício em empresas vinculadas ao Programa Empresa Cidadã, que em troca do benefício concedido às trabalhadoras poderão usufruir de redução de impostos [75,76]. A expectativa do governo brasileiro é que, até 2030, pelo menos 70% das crianças de até seis meses de idade sejam amamentadas exclusivamente (Semana Mundial de Amamentação 2024).

Nos últimos 35 anos, a nutrição infantil passou por transformações. Com base nos inquéritos nacionais, tendências declinantes na prevalência da desnutrição foram observadas. A prevalência da desnutrição, avaliada pelo déficit de altura para idade, foi reduzida em cerca de 50%, passando de 13% em 1996 para 7% em 2019. Atribuída às políticas públicas e campanhas governamentais implementadas, a queda da desnutrição foi observada em todas as macrorregiões do país, apesar da desvantagem na Região Norte [31,77]. A partir de 2000, observou-se uma transição nutricional acentuada, especialmente em áreas urbanas. A crescente industrialização dos alimentos e o fácil acesso a produtos ultraprocessados levaram ao aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças. Esse cenário desencadeou uma reorientação das políticas de saúde e educação alimentar voltadas para a prevenção do excesso de peso na infância, principalmente a partir de 2010 [78]. Entre 2019 e 2021, com a pandemia de Covid-19, houve agravamento do estado nutricional das crianças, principalmente nas famílias em situação de vulnerabilidade. A crise econômica e a interrupção das atividades escolares presenciais levaram ao aumento da insegurança alimentar, com persistência da desnutrição na sua forma mais severa, com déficit na estatura por idade. Por outro lado, o sedentarismo, o isolamento social e a maior exposição aos alimentos ultraprocessados contribuíram para o aumento do sobrepeso e da obesidade infantil [32]. Segundo dados do inquérito nacional sobre saúde e nutrição infantil – ENANI-2019, 10% das crianças menores de cinco anos apresentavam sobrepeso ou obesidade [31]. Desde 2020, estratégias baseadas em evidências que integram o contexto familiar, escolar e comunitário vêm sendo desenvolvidas,

visando a formação de hábitos saudáveis desde os primeiros anos de vida [79]. O Programa Nacional de Imunização (PNI), instituído em 1973, ampliou a cobertura vacinal gratuitamente à toda população, em especial às crianças, contribuindo de maneira efetiva para o decréscimo da morbimortalidade infantil no país [80]. Reconhecido como um programa exemplar, eliminou a transmissão da poliomielite e do sarampo no Brasil. Em anos recentes, com o desaparecimento da circulação das doenças sob controle vacinal e o surgimento de uma política governamental antivacina, observou-se redução das coberturas vacinais infantis (Tabela 3). Com grande esforço do Ministério da Saúde, essas coberturas começaram a subir em 2022, permanecendo nessa tendência, ainda que não se disponha de dados oficiais mais recentes [33]. Além das vacinas descritas no gráfico, às crianças são ofertadas as vacinas rotavírus, pneumocócica, meningocócica C, Haemophilus influenzae B, covid-19, febre amarela e HPV Papilomavírus humano [81]. A vacinação de BCG e Hepatite B ocorre majoritariamente dentro das maternidades.

Tabela 3: Cobertura vacinal de BCG, hepatite B, poliomielite, tríplice viral, tríplice bacteriana. Brasil, 1995-2022

Indicadores	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2022
% imunização BCG	103,6	111,7	111,7	106,7	105,1	77,1	90,1
% imunização Hepatite B ≤30 dias	-----	-----	-----	-----	90,9	65,8	82,8
% imunização Poliomielite	77,8	101,4	105,1	99,4	98,3	76,8	77,2
% imunização Tríplice viral*	-----	77,5	106,6	99,9	96,1	80,9	80,7
% imunização DPT**	80,5	94,7	102,8	98,0	96,9	78,0	77,3

*sarampo, caxumba e rubéola **difteria, tétano e coqueluche
Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def

Mortalidade na Infância

A taxa de mortalidade na infância (morte de crianças menores de cinco anos por cada mil NV) é um indicador sensível do desenvolvimento social e da garantia dos direitos humanos. No país, apresentou uma queda significativa de 72% entre 1990 e 2023 e atualmente está em 15 por mil NV [13,18]. A velocidade de redução da mortalidade na infância variou de 5% por ano na era dos ODM para 0,5% ao ano na era dos ODS, comportamento semelhante observado ao nível mundial. A desaceleração da queda nos últimos anos configura motivo de preocupação, tendo em vista que a taxa brasileira é quase quatro vezes maior do que as menores taxas mundiais (4 por mil NV na Austrália, Nova Zelândia e Europa) e ainda superior às taxas de alguns países da América Latina, como Argentina, Chile e México [82]. Um dos maiores desafios a ser supe-

rado na busca pela redução da taxa de mortalidade na infância no Brasil é a permanência de diferenças entre suas macrorregiões. Apesar dos esforços para universalizar o acesso aos serviços de saúde e das políticas implementadas por diversos setores do governo, a redução da desigualdade não foi alcançada. Em 2023, a mortalidade em menores de cinco anos na região Sul foi a metade da observada nas macrorregiões Norte e Nordeste. No Brasil, 85% das mortes ocorridas em crianças com menos de cinco anos se concentram no primeiro ano de vida [13]. Na Tabela 2, se observa que a velocidade de redução da taxa de mortalidade infantil foi diferenciada entre seus três componentes. A queda foi mais acentuada no período pós-neonatal (83%), seguida dos componentes neonatal precoce (64%) e tardio (59%) [13]. Foram aspectos decisivos na redução do óbito pós-neonatal na mortalidade infantil, a oferta de atenção primária em saúde, e ações específicas como a promoção do aleitamento materno, utilização da terapia de reidratação oral, imunização, bem como a prevenção e controle das doenças diarreicas e respiratórias. Ainda é relevan-

te a mortalidade por pneumonia, doenças infecciosas intestinais e deficiências nutricionais entre as causas evitáveis, representando um sinal de alerta em relação à prováveis problemas no acesso oportuno a serviços qualificados de saúde.

Atualmente, a mortalidade infantil é de 12 óbitos por mil NV [13,18]. No entanto, permanece elevada a proporção de óbitos por causas evitáveis, que era 71% em 1996 e decresceu apenas para 66% em 2023 [13,18]. Entre os óbitos neonatais evitáveis [34], dois subgrupos “reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação” e “reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido” experimentaram um aumento importante, correspondendo, em 2023, a mais de dois terços dos óbitos infantis. O destaque da prematuridade (nascimento com menos de 37 semanas de gestação) expõe falhas na assistência ao pré-natal, na interrupção precoce da gravidez, como as cesarianas agendadas sem indicação clínica e lacunas na assistência ao recém-nato. Também sobressai a asfixia/hipóxia, os transtornos respiratórios específicos e as infecções do período perinatal, indicando monitoramento inadequado do trabalho de parto e/ou atraso na assistência à gestante, além de

deficiências na reanimação e na assistência intensiva ao neonato. A situação descrita está estritamente relacionada aos processos de trabalho no cuidado e à gestão dos serviços voltados não só à saúde do neonato como também da mulher, sobretudo no ambiente hospitalar, onde fração significativa dos desfechos desfavoráveis ocorrem.

Considerações finais

No período das quatro décadas aqui analisadas, identifica-se uma melhora geral dos indicadores que buscam retratar a condição de vida e de saúde de crianças e das mulheres. Houve redução do número de filhos tidos, aumento dos anos de estudo e acesso ao mercado de trabalho bem como aos serviços de saúde. O SUS se instituiu alcançando alta cobertura dos serviços, da atenção primária em saúde e de assistência ao parto. Os sistemas de informação em saúde se consolidaram e alcançaram elevados níveis de cobertura e confiabilidade. Muitas pesquisas realizadas e financiadas pelo governo brasileiro trouxeram informações complementares sobre a saúde da mulher e da criança.

As enormes iniquidades sociais do país que afetam a saúde de mulheres e crianças quase não se reduziram, mas, famílias em extrema pobreza quase desapareceram, revelando resultados animadores. O Programa Bolsa Família, além de tirar a população da condição de fome e desnutrição, tem condicionalidades como: frequência da gestante ao pré-natal, imunização infantil, frequência escolar, que se refletem na proteção e no impacto contra vários agravos à saúde. Uma inovação de destaque foi destinar o recurso disponível para cada família participante à conta bancária das mulheres [83].

O aborto continua sendo um problema de saúde pública que alimenta as estatísticas de mortalidade materna, e a atenção pré-natal e o acesso à maternidade para o parto se universalizam, mas permanecem grandes desafios em relação à qualidade desses atendimentos. Pesquisas têm registrado avanços no tratamento humanizado dado às parturientes dentro das maternidades (chamar a mulher pelo nome, pedir consentimento para o toque e realização de exames, etc.) [84,85], no entanto, a violência obstétrica ainda é uma realidade nos serviços de saúde públicos e privados [37].

Quadro 2: O Programa Bolsa Família e os Indicadores de Saúde da Mulher e da Criança

O Bolsa Família e os Indicadores de Saúde

O Bolsa Família é um Programa Social de transferência de renda com condicionalidades principalmente em relação à saúde e educação de crianças e adolescentes. Ele foi criado em 2003 com o objetivo de reduzir e interromper o ciclo intergeracional da pobreza, por meio da fusão de quatro programas de transferência de renda preexistentes (Medida Provisória 132, de 20 de outubro de 2003, e convertida em lei em 9 de janeiro de 2004, pela Lei Federal nº 10.836).⁽¹⁾

O programa já passou por algumas mudanças e dificuldades durante esses 22 anos e atualmente famílias com renda de até 38 dólares por pessoa/mês podem receber o benefício. Em abril de 2025 mais de 20 milhões de famílias, com um total de 53,8 milhões de pessoas foram contempladas em todos os municípios⁽²⁾. Cada integrante da família recebe 25 dólares/mês, porém cada família deve receber um mínimo de 105 dólares/mês. Ainda existem o Benefício Primeira Infância 27 dólares/criança até 6 anos de idade e um Benefício Variável Familiar de 9 dólares/nutriz, gestantes e crianças maiores de 6 anos e adolescentes até 18 anos.

Diversos estudos já comprovaram os impactos positivos em relação a Indicadores de Saúde da Mulher e da Criança, como:

- redução da mortalidade materna e maior número de consultas pré-natais;⁽³⁾
- aumento o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde e redução da evasão escolar;⁽⁴⁾
- redução da prevalência de baixo e muito baixo peso ao nascer, e malformação congênita do recém-nascido;⁽⁵⁾
- redução da mortalidade infantil, mais importante para as mães negras.⁽³⁾

(1) Medida Provisória 132, de 20 de outubro de 2003 e convertida em lei em 9 de janeiro de 2004, pela Lei Federal n. 10.836; (2) Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>; (3) Association of Conditional Cash Transfers With Maternal Mortality Using the 100 Million Brazilian Cohort. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36821115/>; (4) The Brazilian cash transfer program (Bolsa Família): a tool for reducing inequalities and achieving social rights in Brazil. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1850828>; (5) Participation in Conditional Cash Transfer Program During Pregnancy and Birth Weight-Related Outcomes. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38015506/>

A maior e mais frequente intervenção no parto é a cesariana sem indicação clínica. Atualmente é realizada muito acima da recomendação da OMS e ocorrem quase sempre ante parto [86]. Este modelo intervencionista em uso traz grandes prejuízos para a saúde da mulher, como também dos recém-nascidos pela interrupção precoce da sua vida intrauterina [52-54,87]. As políticas desenvolvidas até agora pelo Ministério da Saúde, com aval e participação dos grupos de mulheres da sociedade civil organizada, não têm conseguido reduzir as proporções de cesarianas. Ao tempo que aumenta a cobertura da atenção pré-natal e de assistência hospitalar ao parto, oferece uma atenção com baixa qualidade e com intervenções que ampliam o risco do óbito materno, particularmente para as mulheres mais vulneráveis: pretas, indígenas, de baixo nível de escolaridade e as residentes no Norte e Nordeste [88,89].

A mortalidade na infância reduziu principalmente no período pós-neonatal e foi, cada vez mais, se concentrando no momento em torno do nascimento e compartilhando dos problemas descritos acima com relação às genitoras.

Programas de sucesso das políticas públicas brasileiras são o aleitamento materno, que ampliou a duração do aleitamento exclusivo, e o PNI, que eliminou a circulação da poliomielite e do sarampo no território nacional. A redução ou o desaparecimento das doenças componentes do programa, associado à política antivacina do governo do Brasil (2019-2022) reduziram as coberturas que vêm sendo recuperadas, com grande esforço do atual governo.

O aspecto mais relutante em mudar e que mais tem sido denunciado pelas mulheres brasileiras nos dias atuais é a violência contra a mulher, que afeta a integridade física, emocional e os direitos de cidadania. Inclui desde maus tratos dentro do domicílio pelo parceiro, abuso sexual e de menores, dentro e fora do domicílio, nas instituições, inclusive nas de saúde, até o feminicídio [90]. Uma verdadeira epidemia que ocorre nos países de cultura patriarcalista e que se reforça com o reaparecimento de partidos de ultradireita, que pregam a supremacia do homem e defendem o retorno da mulher à vida doméstica.

A agenda de saúde é enorme e depende de outras áreas para potencializar suas políticas setoriais e alcançar os grupos mais vulneráveis. Neste trabalho, tivemos que fazer escolhas e, assim, deixamos de priorizar o registro de várias crises sanitárias que

incidiram fortemente sobre a população de gestantes e recém-nascidos no período estudado. Em 2009, a epidemia do H1N1; em 2015-16, a de Zika Vírus, com a dramática ocorrência de microcefalia e outras anomalias congênicas; e em 2020-21, a pandemia do Covid-19, que ceifou mais de 700 mil vidas, com especial intensidade sobre as gestantes [91,92].

São pontos fortes desse artigo oferecer uma visão histórica e panorâmica das condições de saúde das mulheres e crianças menores de cinco anos, utilizando sistemas de informações oficiais que demonstram qualidade em retratar essa realidade, aliado à disponibilidade de grandes inquéritos nacionais sobre a temática. As limitações referem-se a não padronização na coleta dos dados secundários, e a restrição de variáveis disponíveis nas bases de informação dos estudos consultados.

É fundamental para uma análise completa dos resultados obstétricos e perinatais conhecer a estrutura dos serviços de saúde, os processos de atendimento e o gerenciamento da regulação de vagas para a assistência ao parto, aspectos que não foram devidamente contemplados neste trabalho e que ficam como sugestões para próximas análises.

Conclusão

Grandes avanços e desafios compõem a história da saúde sexual, reprodutiva e da saúde das crianças brasileiras no período analisado neste artigo. Compreendê-los e tirar lições dos acertos e dos fracassos podem nos ajudar a superá-los. Para além disso, é fundamental reconhecer que a persistência de desigualdades estruturais como a exclusão social, o racismo e o patriarcalismo contribuem para a manutenção de um cenário em que os direitos nem sempre se traduzem em acesso e cuidado equitativo.

Aprovação por comitê de ética

Este artigo dispensa a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar fonte de dados secundários, de acesso livre.

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

Bibliografia

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil indígena. Os índios no Censo Demográfico 2010. [Internet]. [citado 30 de junho de 2025]. Disponível em: https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/folder_indigenas_web.pdf
- BRASIL. Brasil: relatório nacional para a Habitat III [Relatório nacional]. Brasília: IPEA / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2016
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>
- Deslandes SF & Vieira LJE. Desigualdades sociais e saúde: desafios para a agenda pós-pandemia no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020, 25(Supl.2), 3573-3579
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências Demográficas: Uma Análise da População com Base nos Resultados dos Censos Demográficos de 1940 e 2000. Rio de Janeiro, 2003. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf>
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. DF: Senado Federal, 1988. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html
- Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Estabelecimento por tipo. [Acesso à informação - TABNET]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftht.exe?cnes/cnv/estab.def>
- Bogado Tomasiello D, Vieira J, Parga J, Servo L, Pereira R. TD 2832 - Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. *Texto Para Discussão*. 2023; 1–38.
- Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 (May 28);377(9780):1863-76.
- Datasus. Arquivo reduzido de DO [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 1990-2010. Rio de Janeiro. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/25089-censo-1991-6.html?edicao=25090>
- IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. UNFPA/ BRASIL (BRA/02/P02) – População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da Projeção (preliminar) da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030. [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em síntese. Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 2000 a 2015. [Internet]. [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados do Brasil - Panorama. [Internet]. [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>
- Datasus. Arquivo reduzido de DN [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados do Brasil - Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070. [Internet]. [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Ciclos da Vida – Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 139 p [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2017- New York: United Nations. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/Figure_Model-based_estimates_Regions_Run20170313.pdf
- Datasus. Arquivo reduzido de AIH [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>
- Observatório Obstétrico - Paineis de Vigilância da Saúde Materna. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/painel-vigilancia-saude-materna/>
- Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28:1601-6.
- World Health Organization. 2015. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [Internet]. [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?jsessionid=C1A866A7F13FBA34781D49B0EB75A6C8?sequence=3
- Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9,15
- Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(7):e00223018
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Brasil. Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1987. [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR160/SR160.pdf>
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996. [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr77/fr77.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia; CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: relatório. Brasília, 2009. [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Relatórios sobre aleitamento materno e estado nutricional antropométrico da criança e da mãe - Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil: ENANI-2019 - [Documento eletrônico] - IUFRRJ; Rio de Janeiro, RJ. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/>
- United Nations Children's Fund. The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI) Report - 2024. UNICEF. [Internet]. [citado 19 de abril de 2025]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/sofi-2024/>
- Datasus. Assistência à saúde. Imunizações desde 1994 [Acesso à informação - TABNET]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnbr.def
- Malta DC, Sardinha LMV e cols. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília. 2010;19(2):173-176
- Brasil. Paineis interativos: Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. [Paineis interativos]. Brasília: Senado Federal, 2023. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/institucional/datasenado/paineis_dados/#/?pesquisa=violencia_domestica_familiar
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <http://forumseguranca.org.br/publicacoes/anuário-brasileiro-de-seguranca-publica/>
- Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(2):483–91
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
- Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy out-

- come. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021;70:2-9
40. Rodríguez Ribas C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e144
41. Gama SGN, Schilithz AOC, Leal MC, Carmo TT, Theme-Filha MM, Barros DC, Soares GCF, et al. Desfechos maternos e perinatais em adolescentes e mulheres com idade materna avançada. *Rev. Saúde Pública* 2025;59(S1):e9s.
42. Almeida AHDVD, Gama SGND, Costa MCO, Carmo CND, Pacheco VE., Martinelli KG & Leal MDC. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36:e00145919
43. Araújo FG, Abreu MNS, Felisbino-Mendes MS. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(8):e00229322
44. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal – 4. ed. – Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2021. 142 p
45. Menezes G, Aquino E, Fonseca S, Domingues R. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saúde Pública*. 2020;36 Suppl 1:e00197918
46. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis - Número Especial. Out. 2023 [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>
47. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S85–100.
48. Brasil. Lei no 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. [Internet]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11634&ano=2007&ato=01e gXVUIENRpWT294>
49. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S17-32
50. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26:789-800
51. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saúde Publica*. 2019;35(7):e00223018
52. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl3):128
53. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Pacagnella R de C, Lansky S, Gama SGN da, et al. Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. *Cad Saúde Pública*. 2024;40:e00248222
54. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MC. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. *PloS One*. 2016;11(4):e0153396
55. Domingues RMSM, Dias MAB, Schilithz AOC, Leal M do C. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011–2012. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3)
56. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Domingues RMSM, Dias MAB, Moreira ME, et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. *BMJ Open*. 2017;7(12):e017789
57. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016; 13(Suppl 3):127
58. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S128–39.
59. Gomes MASM, Esteves-Pereira AP, Bittencourt SDA, Augusto LCR, Lamy-Filho F, Lamy ZC, et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):859–74
60. Domingues RMSM, Dias BAS, Bittencourt SDA, Dias MAB, Torres JA, Cunha EM, et al. Utilização de serviços de saúde ambulatoriais no pós-parto por puérperas e recém-nascidos: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e00119519
61. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento (ODM). [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205>
62. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>
63. Pan American Health Organization. Epidemiological update coronavirus disease (COVID-19). PAHO/WHO, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54717/EpiUpdate21August2021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
64. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 453 p. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/saude-brasil-2023-analise-da-situacao-de-saude-com-enfoque-nas-criancas-brasileiras/view>
65. Ferreira, Helder; Coelho, Danilo Santa Cruz; Cerqueira, Daniel Ricardo de Castro; Alves, Paloma Palmieri; Semente, Marcella Texto para discussão: Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11814>
66. Brasil. Lei 13.104 de 9 de março de 2015, que prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm
67. Brasil. Lei no 12.015 de 7 de agosto de 2009, que dispõe sobre os crimes hediondos e trata de corrupção de menores. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm
68. Brasil. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei Maria da Penha). [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
69. Leite TH, Marques ES, Corrêa RG, Leal MC, Olegário BCD, Costa RM, et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(9):e12222023
70. World Health Organization. Essential newborn care - WHO. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/essential-newborn-care>
71. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança - MS. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aleitamento-materno/ihac/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca>
72. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Canguru): Manual Técnico - MS. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf/view
73. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Anvisa, 2008. 160 p. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-para-bancos-de-leite-humano.pdf/view>
74. Ministério da Saúde. Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1993 - MS. 20p. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_brasileira_lactentes.pdf
75. Receita Federal. Programa Empresa Cidadã. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/assuntos/orientacao-tributaria/beneficios-fiscais/programa-empresa-cidada/orientacoes>
76. Brasil. Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. [Internet]. [citado 19 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111770.htm
77. Monteiro CA, Benicio MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:35-43

78. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. [Internet]. [citado 19 de abril de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnan/pnan>
79. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA). Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN 2016-2019. Brasília, DF: MDSA, CAISAN, 2017. [Internet]. [citado 20 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/plansan_2016_19.pdf
80. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 50 anos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/programa-nacional-de-imunizacoes-celebra-50-anos>
81. Ministério da Saúde. Calendário de Vacinação. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario/calendario>
82. United Nations Children's Fund. Levels & Trends in Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF - Child Mortality Report, 2024. [Internet]. [citado 5 de maio de 2025]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>
83. Brasil. Medida Provisória 1.164, de 2 de março de 2023. Institui o Programa Bolsa Família e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro. [Internet]. [citado 04 de julho de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/mpv/mpv1164impressao.htm
84. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. English. [Internet]. [citado 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
85. Santos Filho SB dos, Souza KV de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):775–80
86. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015. English. [Internet]. [citado 04 de julho de 2025]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1
87. Barros FC, Rabello Neto DL, Villar J, Kennedy SH, Silveira MF, Diaz-Rossello JL, et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. *BMJ Open*. 2018;8(8): e021538
88. Silva AD, Guida JPS, Santos D, Santiago SM & Surita FG. Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. *Revista de Saúde Pública*. 2024;58:25
89. Lopes Garrafa J, Dantas-Silva A, Garanhani Surita F, et al. Maternal deaths among Brazilian indigenous women - Analysis from 2015 to 2021. *Int J Gynecol Obstet*. 2024;167:612-618
90. Monteiro MFG, Romio JAF, Drezett J. Is there race/color differential on femicide in Brazil? The inequality of mortality rates for violent causes among white and black women. *J Hum Growth Dev*. 2021; 31(2):358-366
91. Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;47:6-7
92. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-bannerman C, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020; 2(2):100118