



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

**VIAS DE NASCIMENTO:** um estudo sobre a distribuição do parto na 4<sup>a</sup> regional de saúde de Imperatriz-MA

IMPERATRIZ

2019

TALITA POMPEU DA SILVA

**VIAS DE NASCIMENTO:** um estudo sobre a distribuição do parto na 4ª regional de saúde de Imperatriz-MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Comitê de Ética, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina na Universidade Federal do Maranhão, Campus II-Imperatriz

Orientadora: Profª Msc. Iraciane Rodrigues

IMPERATRIZ

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

SILVA, TALITA.

VIAS DE NASCIMENTO : um estudo sobre a distribuição do parto na 4ª regional de saúde de Imperatriz-MA / TALITA SILVA. - 2017.

28 f.

Orientador(a): IRACIANE R. N. OLIVEIRA.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, IMPERATRIZ, 2017.

1. Cesária. 2. Humanização. 3. Parto Normal. I. OLIVEIRA, IRACIANE R. N. II. Título.

## COMITÊ DE ÉTICA

O presente trabalho DISPENSA a submissão ao Comitê de Ética por não tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foram utilizados apenas dados presentes em bancos de dados que são de domínio público

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

CANDIDATO: TALITA POMPEU DA SILVA

TÍTULO DO TCC: **VIAS DE NASCIMENTO**: um estudo sobre a distribuição do parto na 4ª regional de saúde de Imperatriz-MA

ORIENTADORA: PROF. Msc IRCIANE RODRIGUES

A banca de trabalho de defesa do trabalho de conclusão de curso, em sessão pública realizada a 7/12/2017 considerou

( X ) APROVADO

( ) REPROVADO

Examinador (a): Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: Natalia Torres Giacomini

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Examinador (a): Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: Karlla Zolinda C. Chaves

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Presidente: Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: Iraciane Rodrigues

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

## RESUMO

SILVA, Talita Pompeu , RODRIGUES, Iraciane. **VIAS DE NASCIMENTO:** um estudo sobre a distribuição do parto na 4ª regional de saúde de Imperatriz-MA, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2016.

Nas últimas décadas, vem ocorrendo em todo o mundo uma crescente prevalência de operações cesáreas em relação aos partos normais. O Brasil está incluído nesse meio, justificando seu título de campeão mundial na categoria, por descumprir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem preconizado desde o ano de 1985, que a incidência de partos cesáreos deve ser menor que 15%. **Objetivo:** Comparar o número de nascidos vivos por via cesárea e por via vaginal, na 4ª Regional de Saúde de Imperatriz-MA durante os anos de 2015 e 2016. **Métodos:** Descritivo, retrospectivo e documental de abordagem quantitativa, coletado no setor de Vigilância em Saúde, da 4ª Regional de Saúde de Imperatriz-MA, no período de 2015 a 2016. **Resultados:** O estudo apresentou um percentual de nascidos vivos por via cesáreas maior que 50% dos casos totais, isso chama a atenção para a saúde pública, e a análise da diferença entre as médias de nascidos vivos de por via vaginal e por via cesárea, através do teste de Student, apontou um  $p > 0,05$  em ambos os anos avaliados, reafirmando os dados da estatística descritiva.

**Conclusão:** Essas análises tornam-se relevantes, pois mostraram que a prevalência de nascimento por via cesárea em algumas regiões é significativa e devem ser melhor observada pelas autoridades em saúde, evitando que esses números cresçam de forma desordenada dentro do Estado

**Palavras-Chave:** Cesária, Parto Normal, Humanização.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	7
1.1TEMA EM ESTUDO	7
1.2JUSTIFICATIVA	8
1.3 OBJETIVOS	9
<b>2. REFERÊNCIAL TEÓRICO</b>	11
<b>4. METODOLOGIA</b>	16
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	18
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	25
<b>CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO</b>	26
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	27

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 TEMA EM ESTUDO

Nas últimas décadas, vem ocorrendo em todo o mundo uma crescente prevalência de operações cesáreas em relação aos partos normais. O Brasil apresenta seu lugar de destaque nesse cenário, pois também vem revelando-se como um país com uma das maiores taxas de cesáreas em relação aos demais países do mundo (QUEIROZ et al., 2015).

As altas incidências de cesáreas são preocupantes, especialmente nos países em desenvolvimento, chegando a se tornar um problema de saúde pública. O Brasil está incluído nesse meio, justificando seu título de campeão mundial na categoria, por descumprir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem preconizado desde o ano de 1985, que a incidência de partos cesáreos deve ser menor que 15%. Contudo no Brasil, esse valor atinge em torno de 50% podendo inclusive chegar a 80%, principalmente nas maternidades privadas (LIMA; VALE, 2012).

As cesáreas devem ser realizadas por indicações médicas, sendo elas bem fundamentadas e associadas a possíveis riscos para a saúde da mãe e/ou feto. Sendo assim, o parto cirúrgico deve ser escolhido de forma mais rigorosa possível, e mais importante que a indicação médica, a gestante deve estar consciente dos riscos e complicações que o parto Cesáreo apresenta não apenas para a sua vida, mas também para de seu filho (LIMA; VALE, 2012).

Por outro lado, de acordo com Junior (2013) o parto vaginal traz algumas vantagens, tanto para mãe quanto para o bebê, incluindo recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e hemorragias. Assim, a cesárea constituiria uma alternativa para quando ocorressem complicações durante a gravidez ou no parto natural, gerando algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, sem levar em conta a decisão da gestante.

Atualmente muitos estudos acerca desse tema, vem discutindo os principais motivos que estão levando as mulheres a terem parto cesáreo. Entre as principais explicações estão: a falta de conhecimento das mulheres em relação ao parto normal, a formação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos que acreditam que as mulheres tem preferência por cesárea, mulheres com idade de 30 anos ou mais, além das influencias familiares (TEDESCO et al., 2014).

Apesar dos dados serem preocupantes, estudos como o de Melchiori (2009) revela que a maior parte das mulheres brasileiras sejam as que utilizam o serviço de saúde público ou privado, ainda preferem e desejam o parto normal à cesárea, mas acabam tendo que ser submetidas ao parto cirúrgico por indicação médica. Além disso, a escolha da gestante pela cesárea é feita em sua grande maioria por esclarecimentos errôneos e influência de outras pessoas que não estão capacitadas para fornecerem esses tipos de informações.

O Ministério da Saúde (MS) no Brasil junto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem incentivando o parto normal, através de campanhas, programas e portarias, sendo a mais recente a portaria de número 1459 de 24 de junho de 2011, que cria a Rede Cegonha como uma rede que assegura as mulheres vários direitos entre eles, o parto humanizado e normal. No entanto, apesar de todas essas tentativas, os índices de cesáreas no Brasil, ainda se mantem elevados (MELCHIORI, 2009).

Diante disso se torna ainda mais relevante a existência de uma assistência de pré-natal adequada, visto que no momento em que o profissional médico ou enfermeiro, prepara e esclarece a gestante sobre os riscos de uma cesárea e as vantagens de um parto normal, ela fica mais esclarecida e segura em relação ao parto. Neste contexto, o pré-natal é muito importante no ciclo-gravídico, pois é a principal ferramenta educativa utilizada na escolha do parto pela gestante, através das informações que chegam até ela, além disso, também irá fortalecer o vínculo da equipe profissional com a usuária e seus familiares (LIMA; VALE, 2012).

Yazlle (2001), relaciona a elevação do número de cesárias no Brasil, durante os últimos anos, com o cenário da prática obstétrica atual, pois, a utilização de recursos propedêuticos modernos, tem permitido melhor avaliação da gestação, fazendo diagnósticos mais precisos, o que pode, eventualmente, contribuir para a elevação de cesáreas, e, isso acaba por fortalecer o fato do Brasil está entre os países com os maiores índices de cesáreas. Este fato pode ser observado na vivência dos estágios curriculares da Faculdade de Medicina, desenvolvida com as parturientes durante os períodos de pré – parto, parto e pós-parto, pois, comumente achados clínicos sem evidências científicas induziram a adoção da via de parto por cesária. Diante dessa observação, a presente pesquisa tem por hipótese: A diferença entre a taxa incidência de nascidos vivos por via de parto normal e a taxa incidência de nascidos vivos por via cesária na maternidade de Imperatriz não é significativa.

Desta forma, por se considerar a importância da alta prevalência de cesáreas em relação aos partos normais, no que diz respeito ao Brasil é que se pretende fazer um levantamento epidemiológico da distribuição das vias de nascimento por parto vaginal e cesárea realizados na Maternidade de Imperatriz durante os anos de 2015 e 2016. Assim, no presente estudo serão relacionados dois fatores, o número de nascidos vivos e a via de nascimento por ano na Maternidade Municipal de Imperatriz, com isso, objeto da pesquisa em questão, procura relacionar a taxa de incidência de nascidos vivos por via cesárea com a taxa de incidência de nascidos vivos por via normal, de acordo com cada ano e seus meses. Desta forma, adota-se como provável hipótese que a taxa de incidência de nascidos vivos por via cesárea é maior que o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde.

Durante a análise será descrito o total de nascidos vivos por via cesárea e normal observado de acordo com cada mês nos anos de 2015 e 2016, e, em seguida será feita uma descritiva dos dados esperados para o total de nascidos vivos por via cesárea e normal, com o intuito de justificar a diferença ou semelhança entre a taxa de incidência.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Até cerca de 30 anos atrás, a maioria dos partos ocorriam por via vaginal, conhecido por “parto normal”. Havia menos médicos adeptos a cesáreas e sua execução envolvia riscos anestésicos e cirúrgicos, agravados pelo caráter de urgência das indicações desse tipo de parto. No entanto, nas últimas décadas, houve importantes avanços na assistência médica a parturientes, possibilitando maior segurança para as mães e os fetos proporcionando uma situação favorável para o grande aumento nas indicações de cesáreas em todo o mundo (CARDOSO et al., 2010).

No Brasil os índices de partos cesáreos mantem-se absurdamente elevados desde a década de 80. Atualmente encontra-se em 2º lugar na realização de cesáreas; 4 de cada 10 crianças nascem de parto cesáreo, proporção 2 vezes e meia maior que o índice aceito pela Organização Mundial de Saúde (BARROSO et al., 2007).

As cesáreas acarretam aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se a infecção puerperal e a prematuridade. Também se associam com um retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, maior tempo de assistência por profissionais de saúde, maior uso de medicamentos, início tardio da amamentação, e por fim, elevação de gastos para o sistema de saúde. Parece que o incremento das cesarianas não se

deve apenas a questões médicas, sendo influenciado por diversos outros fatores relacionados a gestante, como as desigualdades socioeconômicas, a situação geográfica, a faixa e etária e etnia (MANDARINO, 2009).

Portanto este estudo, poderá com os resultados obtidos, verificar qual a via de nascimento apresenta maior frequência, proporcionando aos profissionais e a comunidade em geral, o real cenário relacionado a predominância dos tipos de parto no município, dessa forma, será possível contribuir para uma análise crítica e reflexiva em torno da prática assistencial desenvolvida junto á mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Geral

Comparar a taxa incidência de nascidos vivos por via de parto normal com a taxa incidência de nascidos vivos por via cesária na maternidade de Imperatriz durante os anos de 2015 a 2016.

#### 1.3.2 Específicos

- Descrever a distribuição de nascidos vivos por parto vaginal de acordo com cada região no município de Imperatriz nos anos de 2015 e 2016
- Identificar a distribuição de nascidos vivos por via cesária de acordo com cada região no município de Imperatriz nos anos de 2015 e 2016
- Destacar as regiões que apresentaram maior taxa de incidência de nascidos vivos por via cesária

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ÚLTIMAS EVIDÊNCIAS RELACIONADAS À CESÁREA

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, em que as operações cesarianas tornaram - se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. No sistema público de saúde a taxa é consideravelmente menor, de 40%, mas ainda assim elevada, se considerarmos a recomendação da Organização Mundial de Saúde, de 15%. Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas específicas, a operação cesariana é uma cirurgia essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, pode levar ao aumento do risco de complicações graves quando realizada sem a correta indicação (BRASIL, 2015).

A OMS divulgou no Ano de 2015 um alerta sobre o excesso de cesarianas desnecessárias em países como o Brasil, o líder disparado nesse tipo de parto. De acordo com o ranking da OMS, é o único país do globo a ter mais da metade de todos os nascimentos feitos por essa cirurgia: 53,7%. Apenas o Chile chegou próximo a essa colocação em 2007, quando apresentava 50,9% de crianças nascidas por cesariana (REVISTA VEJA, 2015).

A OMS considera que não há justificativa para um percentual superior a 15% em nenhuma região do mundo. O MS igualmente considera que elevadas taxas de cesarianas são fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, esse tipo de parto associa-se com retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, início tardio da amamentação, elevação de gastos para o sistema de saúde, entre outras complicações. As razões para esta alta prevalência parecem estar relacionadas a fatores que interferem na escolha da via do parto, bem como o estrato econômico, cultural e o acompanhamento profissional durante o pré-natal e o parto (MELLER; SCHAFER, 2011).

A alta incidência de cesáreas no Brasil tem entre seus motivos a escolha da gestante em optar por esse tipo de procedimento. A “cesariana a pedido” tem sido apontada como uma das causas do aumento do índice de partos cesarianas em diversos países, porém parece haver consenso de que o incremento das cesarianas não é apenas por questão médica, mas também por diversos fatores psicossociais, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil (SILVANI, 2010).

Algumas razões pelas quais as mulheres têm solicitado a via cirúrgica como forma de nascimento, entre elas estão, a história pessoal ou de pessoas próximas de parto vaginal com

desfechos negativos são mencionados pelas mulheres, medo de sentir dor, falta de conhecimento sobre os mecanismos de alívio da dor no trabalho de parto e preocupação com sofrimento fetal e cesariana de urgência são alguns assuntos envolvidos na escolha e desejo pela cesariana programada (BRASIL, 2015).

A escolha do tipo de parto é motivo de grande discussão. A maioria das mulheres mostra uma preferência por partos vaginais, mas existe uma crença generalizada de que as cesarianas são preferíveis por serem menos dolorosas (VICTORA, 2011). No entanto, a maioria das gestantes, não participa dessa discussão, sendo simplesmente informada sobre a decisão médica final. A sua aceitação ou não em relação à conduta médica, e a associação entre a sua aceitação e os possíveis resultados perinatais, não são levados em consideração na grande maioria das vezes (MELLER; SCHAFER, 2011). Além disso, há uma desvinculação entre médico e paciente, que ocorre porque no serviço público não é o mesmo profissional que faz o pré-natal e o parto. Essa desconexão resulta em falta de informações sobre a gestação atual e as anteriores no momento do parto, e a cesárea acaba sendo uma opção onde o obstetra 'tem maior controle' sob a situação (PATAH; MALIK, 2010).

Por todos esses fatores, desde 2014, o governo tem editado normas e resoluções para evitar o que chama de "epidemia de cesarianas". Entre todas as iniciativas a mais promissora, que entra em vigor em 2015, é uma parceria entre o Ministério da Saúde, a ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), organização sem fins lucrativos de Massachusetts, nos Estados Unidos. Até 2016, 42 hospitais serão selecionados na rede pública e privados e receberão um projeto-piloto que, por meio da formação de equipes multiprofissionais, buscará promover o parto normal sem intervenções. Em três hospitais brasileiros onde ele foi testado nos últimos anos, o percentual de partos naturais mais que dobrou e as admissões em UTI neonatal caíram (REVISTA VEJA, 2015).

Além dessa medida o Ministério da Saúde junto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabeleceu em 2015 novas regras através da Resolução Normativa nº 368 que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar, para estimular o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias (BRASIL, 2015).

## 2.2 COMPLICAÇÕES NA REALIZAÇÃO DE CESÁREAS

O parto cesáreo é uma alternativa médica usada em situações em que as condições materno-fetais não favorecem o parto vaginal. Apesar do reconhecimento da contribuição dessa intervenção para uma melhor assistência à saúde e da segurança da cesárea moderna, é importante que sua indicação seja criteriosa, pois não é um procedimento inócuo e pode trazer riscos adicionais para a mãe e a criança. Estudos como de Carniel et al. (2007) mostram maior risco de mortalidade e morbidade materna, como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos, entre outros. Para o recém-nascido, há maior probabilidade de ocorrerem distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia, anóxia, entre outros. Além disso, há interferência no vínculo mãe-filho, o qual pode influenciar negativamente o aleitamento materno. Adicionalmente, há maior consumo de recursos hospitalares, incorrendo em maiores custos decorrentes do procedimento, do maior tempo de internação e da morbidade consequente.

Recém-nascidos de cesariana entre 37 a 42 semanas têm mais risco de desconforto respiratório ao nascer, este risco diminuindo com o aumento da idade gestacional. Segundo Brasil (2015) um estudo prospectivo realizado na Inglaterra avaliou 33289 partos e a prevalência de desconforto respiratório neonatal, taquipnéia transitória do recém-nascido e admissão em UTI neonatal. O estudo mostrou diminuição do desconforto respiratório neonatal a partir de 39 semanas de gestação. A morbidade neonatal também foi maior naqueles recém-nascidos de cesariana programada sem que a gestante tenha iniciado o trabalho de parto.

Em relação à morbidade materna, existem também estudos recentes. Nos Estados Unidos, estudaram o risco de reinternação após o parto, segundo a via de parto, excluindo as mulheres com doenças pré-existentes. Após ajuste para idade materna, encontrou risco maior de reinternação (inclusive por apendicite e colecistite aguda) associado à cesárea comparada ao parto vaginal espontâneo. No Canadá, estudando primíparas, comparou a morbidade da cesárea eletiva com a da "tentativa de parto vaginal", independentemente do tipo de parto ocorrido. Encontrou, no grupo das cesáreas eletivas, maior risco de morbidade febril puerperal. Analisando, contudo, o conjunto de todas as complicações estudadas, não encontrou diferença significativa entre a cesárea eletiva e a tentativa de parto vaginal. Nos Estados Unidos, encontraram maior risco de endometrite, pneumonia e transfusão de sangue,

tanto na cesárea de emergência como na eletiva em comparação com o parto vaginal espontâneo. Em estudo multicêntrico de tipo ecológico feito em vários países da América Latina, encontraram associação entre cesárea e morte materna e morbidade materna grave, após ajuste para variáveis confundidoras, tanto na cesárea eletiva como na de emergência (JUNIOR, 2009).

Existem muitos médicos que defendem o parto por via vaginal como primeira escolha, por considerarem ter ele muitas vantagens em relação à cesariana, principalmente por ser fisiológico, tendo em vista que o corpo da mulher foi preparado para tal. A recuperação após o parto natural é mais rápida e há menor chance de hematomas, infecções ou outras complicações cirúrgicas para a mãe. A maioria das parturientes e dos neonatos é capaz de atravessar de maneira saudável o crítico momento do nascimento, sem necessidade de intervenção médica. Quanto à dor, as técnicas de analgesia atuais previnem esse desconforto (CARDOSO et al., 2010).

### 3.3 INDICAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE CESARIANA

As indicações de operação cesariana são maternas, fetais e anexais e podem ter caráter absoluto ou relativo. A tendência atual da assistência obstétrica é incrementar o número de indicações relativas, visando atender na plenitude o conceito de saúde, tanto para a mãe como para o produto conceptual (NOÇÕES PRÁTICAS DE OBSTETRÍCIA, 2011).

Relacionando-se apenas as indicações mais constantes, vale enumerar:

#### Cesariana de Emergência

- Sofrimento Fetal;
- Síndromes hemorrágicas agudas: descolamento prematuro de placenta e placenta prévia;
- Iminência de rotura uterina;
- Cesariana post-mortem.
- Prolapso de cordão umbilical;
- Distorcia funcional;
- Desproporção céfalo- pélvica;
- Acidentes de punção (amniocentese/cordocentese);
- Eclampsia.

## Cesarianas Eletivas

### Causas Feto-Anexais

- Malformações fetais: gemelaridade conjugada, hidrocefalias,
- Apresentações anômalas: pélvicas, córmicas e defletidas;
- Macrossomia fetal;
- Gestações múltiplas;
- Aloimunização feto-materna;
- Placenta prévia centro total/ acrestismo placentário;
- Oligoidramnio;
- Prematuridade extrema.

### Causas Maternas

- Tumores prévios, obstrutivos;
- Doenças maternas: cardiopatias, síndrome HELLP, doenças infecciosas
- Cicatriz uterina prévia;
- Cesarianas prévias;
- Correção de incontinência anal, urinárias e fistulas;
- Preservação do assoalho pélvico;
- Cesariana a pedido (NOÇÕES PRÁTICAS DE OBSTETRÍCIA, 2011).

## 2.4 DISTRIBUIÇÃO A NÍVEL NACIONAL DOS TIPOS DE PARTO.

Estudos recentes confirmam a taxa de cesárea medicamente justificada de até 15% conforme a preconização da Organização Mundial de Saúde desde 1985. No Brasil, apesar do aprimoramento da assistência ao longo do tempo, observam-se elevadas e crescentes as taxas de cesárea: 38% em 2000, 43% em 2005, 52% em 2010 e 54% em 2011 (PARIS et al., 2014).

Em relação às macrorregiões, no ano de 2011 a região Sudeste foi a que apresentou maior prevalência de parto cesariano (51,7%), em contrapartida, as menores taxas foram encontradas nas regiões Norte (30,8%) e Nordeste (30,9%), onde uma grande proporção dos partos são feitos por enfermeiras obstétricas. Segundo Victora e colaboradores, em apenas oito anos, as cesarianas aumentaram de 38,0% para 48,8%, e em várias Unidades da Federação (UF) os partos cesáreos passaram a ser mais numerosos que os vaginais (Victora et

al., 2011). Para Luciano Patah e Ana Malik, da Fundação Getúlio Vargas, a cobertura de planos de saúde também é um fator relevante, pois nas regiões em que a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesárea também o são. Em relação às macrorregiões e à situação de domicílio, o estudo de Meller e Schäfer observou uma maior prevalência desse tipo de parto entre as mulheres que residiam na região Sudeste e na zona urbana do país (PATAH, MALIK, 2010).

No que se refere ao tipo de parto, há uma tendência crescente de cesáreas em todas as regiões do País entre 2000 e 2012, com destaque para o Nordeste com a maior variação, passando de 25% a 48% partos cesáreos no período. Ressalta-se que nenhuma região atendeu a recomendação da Organização Mundial da Saúde de no máximo 15% de partos cesáreos. Pelo contrário, no Brasil, desde 2009, mais de 50% dos nascimentos ocorreram por este tipo de parto, proporção alcançada anteriormente pelas regiões Sudeste (2004), Sul (2005) e Centro-Oeste (2006). Considerando-se as diferenças regionais, onde Norte e Nordeste apresentam menores proporções de cesáreas em relação às demais regiões, observa-se uma redução dessas desigualdades ao longo do período. Essas duas regiões alcançam proporções muito elevadas de cesáreas em 2012 (45% e 48%, respectivamente), aproximando-se dos 61%- 62% (BRASIL, 2015).

Quanto à escolaridade e à idade materna, menores proporções de cesáreas são encontradas em mães com baixa escolaridade e mais jovens. No outro extremo, mais de 83% das mães com 12 anos ou mais de estudo e mais de 67% daquelas com idades entre 25 e 39 anos realizaram parto cesáreo em 2012. No que diz respeito à cor da pele, enquanto 67% das mães brancas realizaram cesárea, a proporção foi de 18% entre as indígenas (BRASIL, 2015).

#### 4. METODOLOGIA

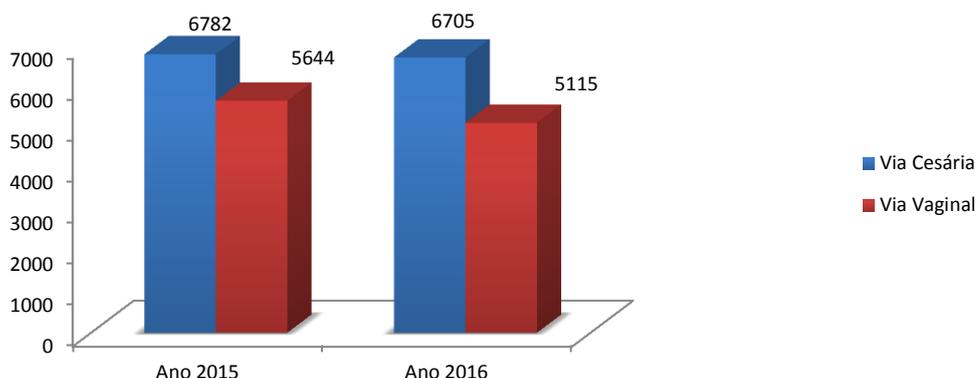
O estudo é do tipo descritivo, retrospectivo e documental de abordagem quantitativa sobre a distribuição de nascidos vivos por via vaginal e cesárea nas cidades que compõe a 4ª Regional de Imperatriz durante os período de 2015 a 2016. As informações foram coletadas no setor de Vigilância em Saúde, da 4ª Regional de Saúde de Imperatriz, através da consolidação dos dados contidos no Sistema de Informação de nascidos vivos (SINASC), referentes ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Foram considerados legíveis para estudo os nascidos vivos, em qualquer cidade que fizesse parte da 4ª Regional de Saúde de Imperatriz registrados durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, e, foram considerados ilegíveis os casos de nascimento registrado como ignorado e os óbitos.

Os dados foram coletados e armazenados em um tabela do Microsoft Excel, identificando-se o quantitativo total de nascidos vivos por via vaginal, cesárea, assim como índice de apgar, e peso ao nascer do recém-nascido. Após a coleta dos dados as informações obtidas foram armazenadas e analisadas de maneira descritiva, calculando-se as frequências absolutas e relativas, demonstradas através de tabelas, e algumas representações foram feitas por meio de gráficos. Para a avaliação da média de nascidos vivos por via vaginal e cesárea, utilizou-se o Programa Bio Start 5.0, neste programa, optou-se para análise inferencial dos dados em questão, a aplicação do Teste T de Student para amostra independentes, onde, procura-se demonstrar a distribuição das diferenças entre as médias de nascidos vivos de por via vaginal e por via cesárea, desta forma, considera-se como hipótese: H0: Não há diferença entre os nascidos vivos por via cesárea e via vaginal ( $\mu_1 = \mu_2$ ) e H1: Há diferença entre os nascidos vivos por via cesárea e via vaginal ( $\mu_1 \neq \mu_2$ ); sendo considerados como nível de decisão o  $\alpha = 0.05$ .

## 5 RESULTADOS

Conforme os dados obtidos, levando-se em consideração o número total de nascimento por via vaginal e via cesárea no ano de 2015 e 2016, observa-se uma predominância de nascimentos por via cesárea em ambos os anos citados, conforme demonstra a imagem 1.

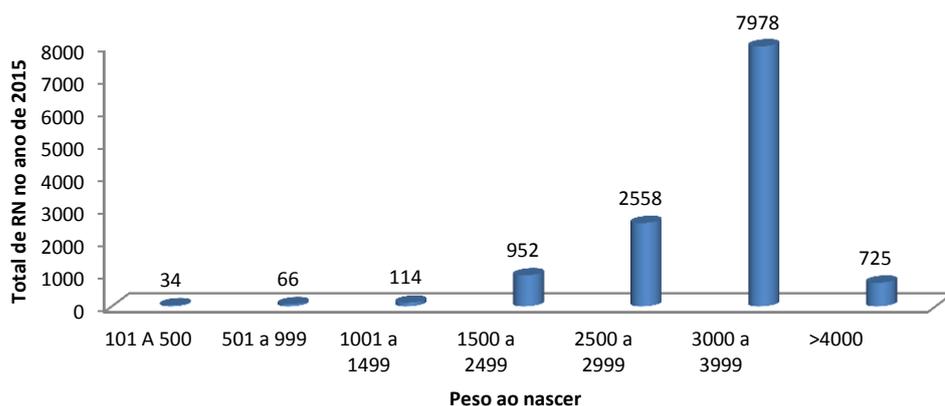
Imagem 1: Comparação de Nascidos vivos por via cesárea e vaginal nos anos 2015 e 2016



Fonte: SINASC, 2015 e 2016

Diante deste cenário, é possível traçar um paralelo com o peso ao nascer, pois tais dados podem ajudar a analisar as condições de nascimento, assim como traçar um prognóstico da resposta extrauterina, no referido estudo, nota-se um registro ainda que menor porém com valores significantes de recém-nascidos com peso proporcional a prematuridade (Imagem 2)

Imagem2: Peso ao nascer no ano de 2015



Fonte: SINASC, 2015

A análise descritiva do ano de 2016 também não difere significativamente do ano de 2015, tendo valores de peso ao nascer compatível a recém-nascidos que podem ser associados

a prematuridade, apresentando um total de 1088 casos de recém-nascidos com peso entre 500g a 2500 g.

Outro parâmetro também possível de analisar é o índice de apgar, ao nascimento, pois no ano de 2015, do total de nascidos vivos que tiveram seu índice de apgar registrado do 1º minuto, observou-se que 16% apresentaram um valor igual ou inferior a 7 pontos, e no ano de 2016 essa taxa aumentou para um total de 20% dos casos registrados.

Ao se buscar relacionar o número de ocorrência de nascido vivo por via vaginal e cesárea de acordo com cada município, conforme está exposto na tabela 1, é possível discriminar as cidades que mais apresentaram casos de nascidos vivos por via cesárea e por via vaginal, sendo observado um predomínio

Tabela 1: Total de Nascidos Vivos por via Cesária e por via vaginal de acordo com local de ocorrência, ano 2015

Município de ocorrência	Fa ( Cesária)	Fr (%) (Cesária)	Fa (Vaginal)	Fr (%) (Vaginal)	Total de Nascido Vivos
Amarante do Maranhão	173	23	571	77	744
Buritirana	0	0	6	100	6
Campestre do Maranhão	0	0	4	100	4
Estreito	360	56	279	44	639
Governador Edilson lobão	0	0	3	100	3
Imperatriz	5.744	57	4.303	43	10.047
João Lisboa	52	44	65	56	117
Lajeado Novo	0	0	2	100	2
Montes Altos	0	0	6	100	6
Porto Franco	440	55	358	45	798
Ribamar Fiquene	0	0	5	100	5
São João do Paraíso	10	53	9	47	19
Senador La Roque	3	25	9	75	12
Sítio Novo	0	0	24	100	24
<b>Total geral</b>	<b>6782</b>	<b>55</b>	<b>5644</b>	<b>45</b>	<b>12.426</b>

Fonte: SINASC, 2015

de nascimentos por via cesárea em cidades que apresentam um grau de maior desenvolvimento tecnológico quando comparado como as demais, dando destaque para o município de Imperatriz, maior cidade que faz parte da 4ª Regional de Saúde, a qual acaba por funcionar na sua maioria das vezes como cidade de referência para todos os demais municípios.

O cenário permaneceu semelhante no que tange a análise do ano de 2016, sendo que houve um aumento na frequência relativa de nascimento por via cesárea no município de Imperatriz, Estreito, João do Paraíso e João Lisboa (Tabela 2), concentrado novamente os maiores valores de cesárea nas cidades citadas.

E, ao se buscar analisar a média dos nascidos vivos por via cesárea e via vaginal, a partir da aplicação do Teste T de Student para amostra independentes, tanto no ano de 2015 como no ano 2016, observa-se que houve a constatação de valor de  $\alpha > 0,05$ , desta forma, reafirma-se a segunda hipótese de que houve diferença estatística entre as médias de nascidos vivos por via cesárea e via vaginal, com predomínio de nascimento por via cesárea em ambos os anos analisados, assim, constata-se que os resultados encontrados anteriormente refletem de fato um predomínio de nascimentos por via cesárea em detrimento de nascimentos por via vaginal.

Tabela 2 : Total de Nascidos Vivos por via cesárea e vaginal de acordo com local de ocorrência, ano 2016

Município de ocorrência	Fa, (cesárea)	Fr (%) (cesárea)	Fa (vaginal)	Fr (%) (vaginal)	Total de nascido vivos
Amarante do Maranhão	200	30	477	70	677
Buritirana	0	0	8	100	8
Campestre do Maranhão	0	0	2	100	2
Estreito	419	62	259	38	678
Governador Edilson Lobão	0	0	4	100	4
Imperatriz	5.667	59	3.968	41	9.635
João Lisboa	41	67	20	33	61
Lajeado Novo	0	0	0	0	0
Montes Altos	0	0	13	100	13
Porto Franco	372	53	324	47	696
Ribamar Fiquene	0	0	3	100	3
São João do Paraíso	6	75	2	25	8
Senador La Roque	0	0	0	0	0
Sítio Novo	0	0	35	100	35
<b>Total geral</b>	<b>6705</b>	<b>57</b>	<b>5115</b>	<b>43</b>	<b>11.820</b>

Fonte: SINASC, 2016

Para se obter uma estimativa de gastos, respeitando-se os patamares recomendados pela OMS para partos cesáreas, foi obtido o número cesariana excedentes os 15% por município e acrescido este número aos partos normais. Realizado cálculo, através das médias de AIH pagas para cada tipo de parto (vaginal e cesárea) e a diferença resultante entre os

valores, ficou caracterizado o valor estimado de redução de gastos na tabela 3, considerando a média de valor pago por AIH para região nordeste, conforme SIA/SUS (2015).

Tabela3: Estimativa de redução de gastos por município no ano de 2015

Descrição	Amarante do maranhão	Estreito	Imperatriz	João Lisboa	Porto Franco	São João do Paraíso
Nº excedentes de partos cesáreas	62	264	4237	34	321	7
Valor médio de excedente de parto cesárea (R\$)	59.112,04	251.702,88	4.039.640,54	32.416,28	306,047,82	6.673,94
Valor médio de acréscimo de parto normal (R\$)	40.846,62	172.937,46	2.775.434,84	22.285,62	210.284,86	4.586,20
Diferença (R\$)	18.265,420,00	78.765,420,00	1.264.205,70	10.130.660,00	95.762.960,00	2.087.740,00

Legenda: Conforme SIA/SUS (2015), foram considerados valores de AIH pagos para Parto Vagina de R\$ 654,58, Valores pagos por AIH por parto cesárea de 953,42.

Fonte: SIA/SUS (2015)

### Discussão

O predomínio de nascimentos de por via cesárea encontrada no estudo, se assemelha a uma análise dos nascimentos realizada no Brasil em 2004 que mostrou um aumento no número de partos por cesárea na maioria dos Estados, representando 41,8% dos casos, tal comparação revela que o percentual de cesáreas se apresenta com grande expressividade, corroborando mais uma vez com os últimos estudos, os quais tem afirmado que nos últimos 30 anos têm sido observados um aumento progressivo das taxas de cesárea em quase todos os países, embora não seja de forma homogênea (UNA-SUS, 2015).

Esse percentual de cesáreas ultrapassando mais de 50% dos nascimentos, quando se analisa o total geral, nas cidades que compõe a 4ª Regional de Saúde de Imperatriz no Estado Maranhão, é no mínimo preocupante, e, chama a atenção para a saúde pública, pois segundo a OMS não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios, afinal, assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e em longo prazo, e, esses riscos podem se estender por muitos anos depois do parto ter ocorrido, afetando a saúde da mulher e do seu filho, assim como também comprometer futuras gestações (LUMBIGANON et al, 2010; VILAR et al, 2007).

Em torno desse cenário, ocorre inúmeras discussão sobre a taxa considerada ideal para nascimento por via cesárea, e por diversas vezes seguiu um padrão pré-estabelecidos de que os partos por via abdominal não deveriam ultrapassar a taxa de 10% a 15% conforme cita a Organização Mundial de Saúde. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em

Fortaleza, no Brasil, e que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%” (VOGEL, 2015). Esse grupo de especialistas baseou essa afirmação em uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea.

No entanto, desde essa declaração, por diversos motivos, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (VOGEL, 2015; YE et al, 2014), fato evidenciado por Correa (2014), onde se destacou que em 1996, a taxa de cesariana nos EUA era de 20,7%, e, que nos 13 anos seguintes, deu um salto de 60%, chegando a 32,9% em 2009 e permanecendo nesse patamar desde então. Nos países da América Latina, a incidência de cesarianas em 1960 era de 2% a 5%; girando na atualidade, em torno de 30% a 33%, e; no Brasil, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015), revelam que pela primeira vez desde 2010, o número de cesarianas na rede pública e privada de saúde não cresceu, apesar de sempre apresentar curva ascendente, no entanto, dos 3 milhões de partos feitos no Brasil no período, ainda nos deparamos com taxa de 55,5% cesáreas, em contrapartida, apenas 44,5% foram partos normais. Desta forma, esses dados encontrados no estudo a nível regional, estão em concordância com o cenário nacional, e reafirmam esse crescimento expressivo do número de cesárea.

No que se refere a taxa ideal de cesárea, a OMS com objetivo de avaliar a associação entre taxas de cesáreas e desfechos maternos, perinatais e infantis, em 2014, realizou uma revisão sistemática de todos os estudos ecológicos disponíveis sobre esse tema, com o objetivo de identificar, avaliar criticamente e resumir os achados desses estudos, e, no mesmo ano, a OMS também realizou um estudo ecológico usando os dados mundiais mais recentes, para avaliar a associação entre taxas de cesárea e mortalidade materna e neonatal (YE et al, 2015). Os resultados desses dois estudos foram apresentados e discutidos por um painel de especialistas internacionais que se reuniram na sede da OMS, em Genebra, na Suíça, em 8 e 9 de outubro de 2014; nesse painel é possível identificar que taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal e que não existe associação entre aumento nas taxas de cesáreas acima desses valores e redução da mortalidade, e, também a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade ficou mais fraca ou desapareceu por completo nos estudos que controlaram os fatores socioeconômicos (BETRAN et al, 2015). Assim, os dados apresentados no referido estudo tornam-se extremamente preocupante, pois apesar de não haver um consenso definido

em torno de uma taxa ideal, é fato que o número de cesárea que ocorrem na região está ultrapassando faixas consideradas seguras para o parto e nascimento humanizado.

É fato que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos (YE et al, 2014); pois a nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal, na verdade, a mesma pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Não é possível afirmar no estudo que dados referentes às condições de nascimentos desfavoráveis a uma boa adaptação à vida extrauterina dos recém-nascidos assistidos nestas localidades, como índice de apgar abaixo de 7 e o número de nascidos vivos com peso compatível a prematuridade estejam associados apenas a via de nascimentos por cesárea, no entanto, é uma informação importante, merecendo destaque e melhores análises futuras.

Outro ponto importante a ser destacado é a associação de via de nascimento de acordo com o município de ocorrência. Nesse aspecto, é perceptível que os municípios que apresentaram maiores quantitativos de nascidos vivos por via vaginal, têm suas economias baseadas no agronegócio, agricultura familiar e um nível de desenvolvimento tecnológico no setor saúde ainda insatisfatório, esses fatos podem ter contribuído para os resultados, haja vista que a cultura da população e os recursos disponíveis nessas regiões são diferentes das cidades em que foram constatados um número maior de cesárea, como destaque temos a cidade de Imperatriz, local em que houve o maior número de ocorrência de cesárea, nestas cidades, observa-se a presença de maiores recursos tecnológicos em saúde, e, o processo histórico de urbanização e desenvolvimento econômico podem ter interferido nos hábitos e costumes da população quando se analisa as vias de nascimento, favorecendo assim uma assistência ao nascimento hospitalocêntrica e intervencionista. Tal situação também é comum em outras localidades do país como afirma Patah (2008) em seu estudo, ao relatar que a incidência de cesáreas é maior nas capitais do que nas cidades do interior, nas macrorregiões mais ricas do País e entre as famílias de renda mais elevada; e consideraram que os fatores socioculturais, institucionais, legais e a organização da assistência obstétrica podem interferir nesse processo.

Outros estudos também chamam atenção para essa problemática como o de Oliveira (2016), onde nota-se que as razões para esta alta prevalência de cesáreas parecem não estar ligadas somente ao aumento do risco obstétrico, mas sim, aos fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”. Independente do nível socioeconômico, a demanda por cesárea parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório, sendo que a construção da escolha pelo parto cesáreo se processa ao longo da gestação e do parto, sofrendo influência de diferentes fatores no início, ao longo da gestação e no momento do parto.

As afirmações sobre os dados apresentados se solidificam ao se buscar averiguar a diferença entre as médias de nascidos vivos de por via vaginal e por via cesárea, através do teste de Student, o  $p > 0,05$  em ambos os anos avaliados, reafirma os dados apontados na estatística descritiva, ou seja, é fato que na 4ª Regional de Saúde de Imperatriz do Maranhão há uma maior ocorrência de números de nascidos vivos por via cesárea do que nascidos vivos por via vaginal, trazendo a tona a necessidade reflexão em torno do gerenciamento da saúde pública neste aspecto, pois, em termos populacionais, a proporção de partos cesáreos retrata o nível de acesso a essa intervenção e seu uso. Essa medida é útil para os governantes, e, responsáveis por políticas de saúde, uma vez que podem avaliar os avanços na área de saúde materno-infantil e monitorar os cuidados obstétricos de emergência, assim como uso de recursos nessa área (WHO, 2009).

Cabe salientar que o custo também é um fator importante nessa questão, uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde, conforme pode ser visualizados no estudos em questão, além de favorecer a sobrecarga e muitas vezes enfraquecer do sistema de saúde, no que se refere a humanização do parto e nascimento seguro. (WHO, 2010).

Diante desse contexto, Souza (2009) salienta que, para as organizações hospitalares, conhecer o custo é extremamente importante e somente o gerenciamento eficaz dos mesmos permitirá atender a um número maior de pacientes, de maneira satisfatória. Sendo assim, os gestores hospitalares se deparam com a necessidade de obtenção de informações precisas e confiáveis sobre os custos dos produtos e serviços, a fim de gerar dados verossímeis com a realidade do hospital, para que a tomada de decisões possa ser efetuada adequadamente.

Essas informações determinam a sobrevivência ou não dessas organizações. Portanto, as cidades que fazem parte da 4ª Regional de Saúde de Imperatriz-MA, precisam gerenciar seus custos de maneira mais racional a fim de terem mais recursos disponíveis para continuarem e melhorarem a assistência que se é fornecidas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse universo, é fundamental entender que uma população é geralmente definida por fronteiras geopolíticas, e, que as taxas de cesáreas em diferentes hospitais variam bastante em função das características obstétricas das mulheres atendidas naquele local, sua capacidade e recursos, assim como os protocolos clínicos de conduta que são usados em cada local, desta forma, a taxa de cesárea recomendada para uma população não pode ser interpretada como a taxa ideal de cesáreas recomendada para todos os hospitais, pois ainda não há um consenso sobre o valor um valor homogêneo a ser seguido, no entanto, cada vez mais se reforça a necessidade se optar por um nascimento por via cesárea apenas quando há presença de risco materno e fetal.

Através do estudo, ficou claro a predominância de nascimentos por via cesárea de forma geral, assim como as diferenças existentes entre as cidades que fazem parte da 4ª Regional de Saúde de Imperatriz-MA, pois esse aumento está fortemente atrelado à cidades com mais desenvolvidas socioeconomicamente.

Essas análises tornam-se relevantes, pois mostraram que a prevalência de nascimento por via cesárea em algumas regiões é significativa e deve ser mais bem observada pelas autoridades em saúde, evitando que esses números cresçam de forma desordenada dentro do Estado e assim, norteando a implementação de políticas de saúde que venham a incentivar os nascimentos por via vaginal de modo sempre que a assistência à gestante seja realizada sempre dentro de critérios técnicos, éticos e humanitários, proporcionando maior segurança e menor índice de complicações desnecessárias.



## BIBLIOGRAFIA

BETRAN AP, TORLONI MR, ZHANG J, YE J, MIKOLAJCZYK R, DENEUX-THARAUX C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reprod Health**. 2015;12(1):57

BRASIL, Ministério da Saúde. **Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010> Acessado em: 07/11/17

CORREA, A. **Novas diretrizes tentam reduzir número de cesáreas nos EUA, 2014**. Disponível em: [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140409\\_cesareas\\_eua\\_ac\\_dg](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140409_cesareas_eua_ac_dg). Acessado em: 05/11/2017

JUNIOR, T. L.; STEFFANI, J. A; BONAMIGO, et al. Escolha da via de parto: Expectativa de gestantes e Obstetras. *Rev. Bioét, Brasília*, vol.2, n.3, p. 509-517, set./dez, 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo>.> Acesso em 03 dez. 2014.

LIMA, V.BA; VALE, L.R.E. In: I Conferencia Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação,1., 2012. Goiás. Anais eletrônicos da I CIEGESI / **I Encontro Científico do PNAP/UEG**: Sociedade Universitária de Educação á Distancia, 2012. 672 p.

LUMBIGANON P, LAOPAIBOON M, GULMEZOGLU AM, SOUZA JP, TANEEPANICHSKUL S, RUYAN P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. **Lancet**. 2010;375:490-9.

MELCHIORI, L.E. et al. Preferencia de gestantes pelo parto Normal ou Cesário, Curitiba, **Interação em Psicologia**, Paraná, v.13, n.1 p.13-23, jan/jun, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo>.> Acesso em 03 dez. 2014.672 p.

OLIVEIRA RR, MELO EC, NOVAES ES, FERRACIOLI PLRV, MATHIAS TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(5):733-740.

PATAH, L. E. M. **POR QUE 90%? Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo**. 2008, 240f. Tese de Doutorado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, Doutorado em Administração de empresas, São Paulo,2008

QUEIROZ, M.V.O. et al. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade do Ceará. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58 n.6 p. 687-691, jan./jun, 2015. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 03 dez. 2016

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; AVELAR, E. A. Proposta de metodologia para a implantação do sistema de custeio baseado em atividades para organizações hospitalares. In: XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 2009, Fortaleza/CE. Anais... 2009

TEDESCO, P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de Primigestas a cerca da via de Parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v. 26, n. 10, p. 791-798, 2014. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 03 dez. 2014.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNAS-SUS)** . Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas Estadão, OMS e Folha de S.Paulo editado por UNA-SUS, 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas> **Acessado em: 25/10/2017**

VILLAR J, CARROLI G, ZAVALETA N, DONNER A, WOJDYLA D, FAUNDES A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ.** 2007;335(7628):1025.

VOGEL JP, BETRÁN AP, VINDEVOGHEL N, SOUZA JP, TORLONI MR, ZHANG J ET AL. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **Lancet Global Health** 2015;3(5):e260-70

**WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health.** BMC medicine. 2010;8:71.

YE J, BETRAN AP, VELA MG, SOUZA JP, ZHANG J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. **Birth.** 2014;41(3):237-43

YE J, ZHANG J, MIKOLAJCZYK R, TORLONI MR, GÜLMEZOĞLU AM, BETRÁN 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.** 2015 Aug 24 (Epub ahead of print).