

A Análise da Taxa de Cesáreas no Distrito Federal e em um Hospital Público Regional nos últimos 15 anos

The C-sections Rate Analysis in the Federal District and a Regional Public Hospital in the last 15 years

Isac César Roldão Leite¹, Rebeca Marques Margoto¹, Thatyane Costa Borges¹, Edgard Albernaz Xavier¹, Gabriela Petrocchi Corassa¹, Marta Alves de Freitas²

Resumo

A busca por auxílio especializado para a condução do trabalho de parto é um processo natural e aconselhável no sistema de saúde brasileiro. Cabe ao obstetra avaliar e indicar a via de parto adequada. A escolha desta via tem sido assunto amplamente discutido devido a transferência de sua indicação para a gestante pelos mais diversos motivos. Como a taxa de cesarianas no Brasil subiu nos últimos anos, políticas públicas foram criadas para alcançar o índice proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1985: entre 10% e 15%. Este trabalho analisa a eficácia dessas políticas. Foram utilizados dados epidemiológicos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde dos últimos 15 anos. Foram analisados 44.698.298 partos no Brasil, 838.176 no Distrito Federal (DF) e 111.560 no hospital local. O serviço local alcançou a menor das taxas – 31,8% de cesarianas. O DF alcançou 48,3%. A taxa brasileira foi de 46,8%. Todos os serviços ficaram acima do proposto pela OMS. Foi possível observar a inversão na taxa de partos, prevalecendo as cesarianas, desde 2009, no Brasil, e desde 2007 no DF. Ainda não houve inversão no hospital público analisado. Sugere-se revisão dos planos governamentais para redução das taxas e atualização da taxa proposta pela OMS para as características de saúde do século XXI.

Palavras-chave: Epidemiologia, Parto, Cesarianas, Epidemia, Brasília.

Abstract

The search for specialized assistance for the conduct of labor is a natural and advisable process in the Brazilian health system. It is up to the obstetrician to evaluate and indicate the proper route of delivery. The choice of this route has been widely discussed because of its transference to the pregnant woman for a variety of reasons. As the C-section rate in Brazil has risen in recent years, public policies

24

1. Acadêmicos de Medicina pela Faculdade Integrada da União Educacional do Planalto Central.

2. Doutora em Obstetrícia pela Unesp, Preceptora da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional do Gama, Docente de Ginecologia e Obstetrícia da Faciplac e da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS.

E-mail do primeiro autor: isac_leite@hotmail.com

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

were created to achieve the 1985 World Health Organization (WHO) Index of 10-15%. This paper analyzes the effectiveness of these policies. Epidemiological data from the Ministry of Health and the State Department of Health of the last 15 years were used. There were 44,698,298 births in Brazil, 838,176 in the Federal District (DF) and 111,560 in the local hospital. The local service achieved the lowest rate - 31.8% of C-sections. The DF reached 48.3%. The Brazilian rate was 46.8%. All services were above that proposed by WHO. It was possible to observe the inversion in the rate of births, prevailing C-sections, since 2009 in Brazil, and since 2007 in the Federal District. There was still no inversion in the public hospital analyzed. It is suggested to revise the government plans to reduce the rates and update the rate proposed by the WHO for health characteristics of the 21st century.

Key words: Epidemiology, Childbirth, C-section, Epidemic, Brasília.

Introdução

O momento do parto é um marco na vida de todas as mulheres. A busca por auxílio especializado para a condução do trabalho de parto é um processo natural e aconselhável no sistema de saúde brasileiro. Cabe ao médico obstetra avaliar a indicação de parto normal ou cesárea, com base no que for melhor para a saúde da mãe e do filho no pré, peri e pós-parto. Esta escolha tornou-se assunto amplamente discutido por ter sido transferida, pelos mais diversos motivos, nos serviços privados de saúde do Brasil, para a gestante, que muitas vezes desconhece os benefícios, os riscos e as complicações da operação. As cesarianas – tanto as realizadas em serviços públicos como nos serviços privados de saúde – que não tenham indicação estritamente obstétrica são consideradas atos antiéticos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e pela Federação Brasileira

das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).¹⁻¹⁷

Os partos hospitalares no Brasil tornaram-se mais comuns após a Segunda Guerra Mundial, quando a tecnologia avançou, trazendo novas técnicas de assepsia, anestesia, antibioticoterapia, hemoterapia e cirurgia em geral, além de especializações na área que reduziram o número de morbimortalidade materna decorrente dos partos cirúrgicos.¹⁸

Atualmente, o aumento das cesarianas é um fenômeno mundial. No Brasil, vêm sendo realizadas de maneira desenfreada, e o país está entre os líderes no número de cesáreas eletivas, o que gera efeitos nocivos para a saúde da mãe e do neonato, muitas vezes não explicitados de maneira clara para a gestante antes do procedimento.^{4, 6-8, 17, 19-22}

No Brasil, diante da crescente taxa de cesarianas – que saltou de 32%, em 1994, para 38% em 2000, 46,5% em 2007 e 52% em 2010

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

–, o Governo Federal criou diversos planos, iniciativas e políticas públicas para reduzi-la, por exemplo: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Rede Cegonha e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.^{23, 24}

Como os índices muitas vezes são desconhecidos pela sociedade médica e pelo governo, esta pesquisa visa apresentar os valores percentuais em duas macrodivisões geográficas (Brasil e Distrito Federal) comparando-os com a realidade vivenciada em um hospital público de referência em obstetrícia em Brasília – o Hospital Regional do Gama (HRG). Levou-se em consideração uma amostra de 111.560 partos, entre normais e cesarianas, dos anos de 2000 a 2014^{25, 26}.

Este estudo observacional, do tipo transversal, tem como objetivo analisar quantitativamente os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e de suas Secretarias de Saúde Regionais acerca dos partos normais e cesarianas realizados no país, no Distrito Federal e em um hospital exclusivamente público de Brasília e verificar se as ações, com o intuito de desacelerar o crescimento das taxas de cesariana no Brasil, estão sendo eficazes.

Materiais e métodos

Este estudo retrospectivo, com base de pesquisa atrelada aos bancos de dados do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), teve suas amostras coletadas em nível nacional, regional e local. Foram considerados os partos que tiveram como desfecho um nascido vivo, independentemente de idade gestacional, peso ou sexo.

A captação de dados foi feita no site do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), com o total de partos realizados no Brasil e no Distrito Federal sem distinguir entre serviço público ou privado de saúde nos últimos 15 anos. Foram estudados 44.698.300 partos no Brasil (SUS + Privados) e 676.107 no Distrito Federal (SUS + Privados). Já a amostra coletada sobre o Hospital Regional do Gama, para fins de comparação, foi de 111.560 partos, normais (via vaginal/baixa) e cesáreas (via alta), referentes a internações custeadas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS).^{25, 26}

Participaram do estudo todas as gestantes admitidas em trabalho de parto no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HRG, e os dados foram coletados via serviço de epidemiologia do próprio hospital e fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) por meio do Resumo de Serviços Médicos e Hospitalares publicados

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

anualmente desde 2000.²⁵ Foram excluídos os dados anteriores a 2000 pela indisponibilidade pública da informação selecionada sobre este serviço no hospital, impedindo a comparação com as bases de dados do Distrito Federal e Brasil, assim como os dados referentes aos anos de 2015 a 2017, por ainda não terem sido divulgados.

Para análise comparativa entre Distrito Federal e o hospital público analisado subtraíram-se os dados referentes ao HRG da amostra do Distrito Federal, com o intuito de verificar a quantidade exata de partos no Distrito Federal sem a influência do HRG com a seguinte equação:

$$\text{Partos no Distrito Federal} - \text{Partos no HRG} = \text{Partos no Distrito Federal exceto HRG.}$$

Os dados foram inseridos, ano a ano, em programa de edição de planilhas e os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (medidas de tendência central, dispersão e proporções). Todas etapas desta pesquisa cumpriram os preceitos éticos impostos pela legislação vigente; este estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa por terem sido utilizados de dados de domínio público e não nominais.

Resultados

Os partos analisados no Hospital Regional do Gama representam 13,3% dos partos realizados em todos os hospitais públicos e privados do Distrito Federal e 0,25% de todos os partos realizados no Brasil nos últimos 15 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Quantidade de partos entre 2000 e 2014 no Brasil, em Brasília e no Hospital Local Analisado			
Ano	Partos no Brasil	Partos no DF	Partos no HRG
2000	3.206.761	58.021	9.383
2001	3.115.474	55.344	9.188
2002	3.059.402	55.565	8.538
2003	3.038.251	56.222	9.278
2004	3.026.548	55.626	8.446
2005	3.035.094	55.899	8.404
2006	2.944.928	55.368	8.394
2007	2.891.328	53.868	7.741
2008	2.934.828	54.115	7.602
2009	2.881.581	54.260	7.855
2010	2.861.868	55.185	5.715
2011	2.913.160	55.861	6.088
2012	2.905.789	56.339	5.254
2013	2.904.027	57.594	4.394
2014	2.979.259	58.909	5.280
Total	44.698.298	838.176	111.560

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

Com isso temos que o Hospital Regional do Gama foi casa de 111.560 partos, sendo 76.089 normais e 35.471 cesarianas – respectivamente, 68,2% e 31,8%. No ano de 2000 a taxa de cesáreas foi de 25,24% (2.368

cesáreas, 7.015 normais) e no ano de 2014 a taxa foi de 35,21% (1.956 cesáreas, 3.421 normais) representando um aumento de 39,5% entre as taxas (Tabela 2).

Tabela 2 - Partos realizados no Hospital Regional do Gama (HRG) entre 2000 e 2014

HRG	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	Vaginal	Cesárea	Ignorado
2000	7.015	2.368	0	9.383	74,76%	25,24%	0%
2001	6.913	2.275	0	9.188	75,24%	24,76%	0%
2002	6.442	2.096	0	8.538	75,45%	24,55%	0%
2003	6.971	2.307	0	9.278	75,13%	24,87%	0%
2004	6.174	2.272	0	8.446	73,10%	26,90%	0%
2005	5.881	2.523	0	8.404	69,98%	30,02%	0%
2006	5.761	2.633	0	8.394	68,63%	31,37%	0%
2007	4.963	2.778	0	7.741	64,11%	35,89%	0%
2008	4.616	2.986	0	7.602	60,72%	39,28%	0%
2009	5.073	2.782	0	7.855	64,58%	35,42%	0%
2010	3.402	2.313	0	5.715	59,53%	40,47%	0%
2011	3.598	2.490	0	6.088	59,10%	40,90%	0%
2012	3.207	2.047	0	5.254	61,04%	38,96%	0%
2013	2.652	1.742	0	4.394	60,36%	39,64%	0%
2014	3.421	1.859	0	5.280	64,79%	35,21%	0%
Total	76.089	35.471	0	111.560	68,20%	31,80%	0%

Enquanto no Distrito Federal, como um todo, foram registrados 838.176 partos, excluindo-se os dados do HRG desta amostra, temos 726.616 partos distribuídos entre 373.703 normais, representando 51,4% dos partos; 350.638 cesáreas, representando 48,3%

dos partos; e 2.275 ignorados, correspondendo a 0,3%. No ano 2000 a taxa de cesáreas foi de 39,9% (19.416 cesáreas, 29.180 normais) e no ano de 2014 a taxa foi de 52,9% (28.393 cesáreas, 25.122 normais) representando um aumento de 46,2% entre as taxas (Tabela 3).

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

Tabela 3 - Partos realizados no Distrito Federal, exceto os do Hospital Regional do Gama, entre 2000 e 2014

DF - HRG	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total DF	Vaginal	Cesárea	Ignorado
2000	29.180	19.416	42	48.638	60,00%	39,90%	0,10%
2001	26.503	19.630	23	46.156	57,40%	42,50%	0,00%
2002	26.633	20.331	63	47.027	56,60%	43,20%	0,10%
2003	25.853	21.009	82	46.944	55,10%	44,80%	0,20%
2004	25.198	21.928	54	47.180	53,40%	46,50%	0,10%
2005	24.726	22.712	57	47.495	52,10%	47,80%	0,10%
2006	23.716	22.561	697	46.974	50,50%	48,00%	1,50%
2007	22.223	23.839	65	46.127	48,20%	51,70%	0,10%
2008	22.800	23.529	184	46.513	49,00%	50,60%	0,40%
2009	22.414	23.840	151	46.405	48,30%	51,40%	0,30%
2010	24.690	24.729	51	49.470	49,90%	50,00%	0,10%
2011	24.787	24.763	223	49.773	49,80%	49,80%	0,40%
2012	24.535	26.286	264	51.085	48,00%	51,50%	0,50%
2013	25.323	27.672	205	53.200	47,60%	52,00%	0,40%
2014	25.122	28.393	114	53.629	46,80%	52,90%	0,20%
Total	373.703	350.638	2275	726.616	51,40%	48,30%	0,30%

Quando analisamos os dados do Brasil, temos 44.698.298 de partos entre os anos de 2000 e 2014, distribuídos em 23.661.329 vaginais, correspondendo a 52,94% do total; 20.920.089 cesáreas, correspondendo a 46,8%; e 116.882 ignorados, correspondendo a 0,26%. No ano 2000 a taxa de cesáreas foi de 37,78% (1.211.494 cesáreas, 1.974.790 normais) e no ano de 2014 a taxa foi de 56,99% (1.697.954 cesáreas, 1.277.175 normais) representando um aumento de 50,8% (Tabela 4).

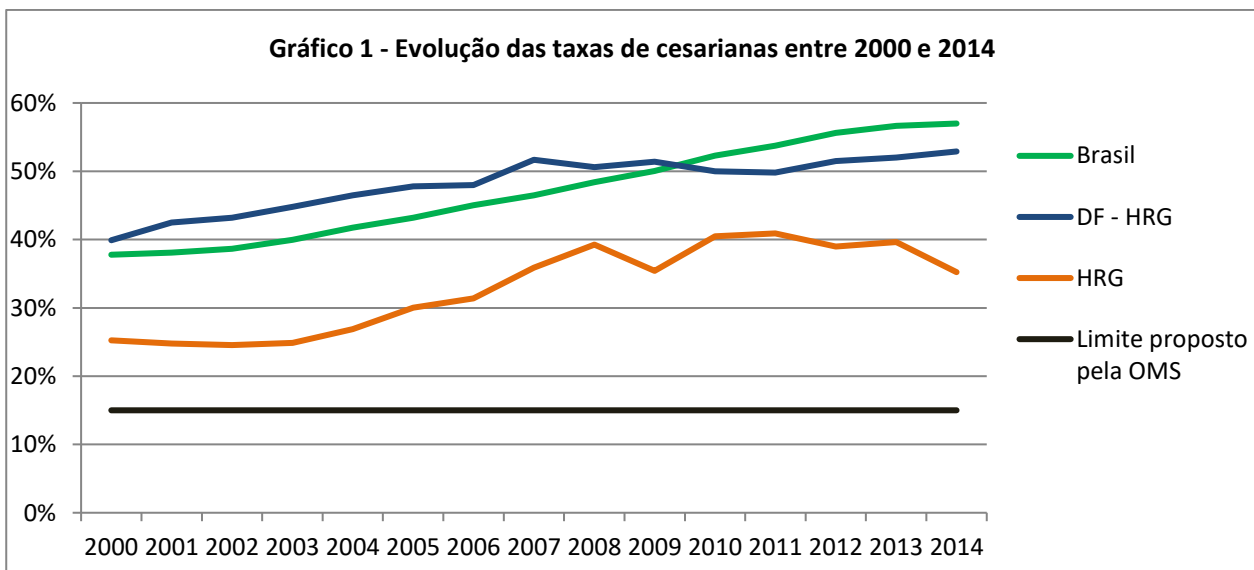
Tabela 4 - Partos realizados no Brasil entre 2000 e 2014

Brasil	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	Vaginal	Cesárea	Ignorado
2000	1.974.790	1.211.494	20.477	3.206.761	61,58%	37,78%	0,64%
2001	1.910.541	1.186.204	18.729	3.115.474	61,32%	38,07%	0,60%
2002	1.867.185	1.182.238	9.979	3.059.402	61,03%	38,64%	0,33%
2003	1.814.987	1.213.842	9.422	3.038.251	59,74%	39,95%	0,31%
2004	1.756.180	1.263.634	6.734	3.026.548	58,03%	41,75%	0,22%
2005	1.717.968	1.311.689	5.437	3.035.094	56,60%	43,22%	0,18%
2006	1.613.318	1.325.781	5.829	2.944.928	54,78%	45,02%	0,20%
2007	1.542.359	1.343.733	5.236	2.891.328	53,34%	46,47%	0,18%
2008	1.510.879	1.419.745	4.204	2.934.828	51,48%	48,38%	0,14%
2009	1.436.062	1.441.692	3.827	2.881.581	49,84%	50,03%	0,13%
2010	1.362.287	1.496.034	3.547	2.861.868	47,60%	52,27%	0,12%
2011	1.340.324	1.565.564	7.272	2.913.160	46,01%	53,74%	0,25%
2012	1.283.546	1.615.928	6.315	2.905.789	44,17%	55,61%	0,22%
2013	1.253.726	1.644.557	5.744	2.904.027	43,17%	56,63%	0,20%
2014	1.277.175	1.697.954	4.130	2.979.259	42,87%	56,99%	0,14%
Total	23.661.329	20.920.089	116.882	44.698.298	52,94%	46,80%	0,26%

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

Analisando a linha temporal em todos os serviços, temos uma taxa de cesarianas sempre superior à recomendada pela OMS, fomentando discussões acerca das indicações e comercialização dos procedimentos sem indicação obstétrica real. Ainda assim, as taxas

do HRG são as mais próximas da recomendada, tanto em cesarianas quanto em partos normais, e é a única zona pesquisada onde não houve transição de domínio para partos cesáreos (Gráfico 1).



Discussão

A OMS preconizou, após a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, realizada em 1985 na cidade de Fortaleza-CE, que os países tenham uma taxa de partos cesarianos que varie entre 10% e 15% em todos os serviços de saúde, públicos e privados. O valor proposto na conferência foi baseado em diversos fatores: (1) as cesarianas são, por si sós, cirurgias que envolvem muitos riscos para a vida da mãe e do filho, mesmo sob indicação médica para sua realização, podendo

levar a sequelas permanentes ou morte; (2) taxas maiores que 10% não estariam associadas a redução de mortalidade materna ou neonatal; (3) não há estudos significativos sobre os efeitos a longo prazo das cesáreas em quesitos de morbidade materna e perinatal, fatores psicológicos e sociais na mãe e na criança; (4) faltam estudos a longo prazo que avaliem o bem-estar das mães e crianças sobre a saúde pós cesariana.^{4-9, 17, 22, 27-29}

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

Dentre as principais indicações de cesáreas, ainda que não absolutas, temos as doenças maternas, falha na progressão do parto, distocias, posição fetal desfavorável ao parto via vaginal (como posterior e transversa persistente), apresentação pélvica, de face e córmica, desproporção cefalopélvica, cesárea prévia recente, frequência cardíaca fetal alarmante (fora do padrão 110-160 bpm ou com apresentações alteradas de acordo com as contrações), centralização fetal e presença de líquido meconial. Nas principais consequências da cesariana têm-se maiores taxas de partos prematuros e de infecções puerperais (primeiras seis ou oito semanas após o parto), maior tempo de internação intra-hospitalar, aumento da morbimortalidade materna e neonatal, maior assistência farmacológica e maiores gastos para o Estado, ou para a gestante, no serviço privado.^{4-9, 17,19, 22, 27, 29, 30}

As cesáreas são as cirurgias eletivas mais praticadas no mundo, estimando-se mais de 20 milhões por ano. O Brasil, país considerado em desenvolvimento (emergente) por sua economia, vem apresentando taxas muito elevadas de cesarianas em ambos os serviços de saúde, público e privado, valor crescente desde a década de 1990, chegando a ser considerado o país com a maior taxa de cesarianas no mundo em estudo da *Organization for Economic Cooperation and*

Development (OECD) em 2009. Nos países desenvolvidos, as taxas também são maiores que a recomendada pela OMS, chegando a 30% nos Estados Unidos, 40% na Itália, 36,4% em Portugal e valores próximos na Turquia e Grécia.^{1, 4-6, 11, 17, 22, 27, 31-34}

Esses números vêm crescendo, como indicam pesquisas estadunidenses sobre taxas locais, que, em 1960, representavam 3% dos partos no país, em 1990 já representavam 23,5% e no início do século XXI passou dos 30%, com 31,15% em 2006 e 32,9% em 2009.^{18, 20}

No Brasil, vários trabalhos já foram publicados dando base para comparações com outros serviços médicos. Um estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ entre 1998 e 1999, com 909 puérperas em duas maternidades, encontrou uma taxa de cesáreas estimada em 50,1% na maternidade pública e 50% na maternidade privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em Maringá-PR foram analisadas 42.541 puérperas entre os anos de 2000 e 2009, onde se encontrou uma taxa de 75,03% de cesarianas. Em Pelotas-RS foram analisados 3.001 partos em duas maternidades no ano de 2007, com índices de cesarianas de 41,1% na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia e 40,75% na Maternidade do Hospital São Francisco de Paula. Outro estudo, realizado entre 2012 e 2013, analisou 1.616 partos na maternidade pública de Cacoal-RO;

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

destes, 1.197 foram cesáreas, representando 74,07% da amostra, enquanto no serviço privado de saúde a taxa foi de 79,7%.

Em 2014 foram estudados 1.606 partos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, onde encontrou-se a taxa de 38,3% de cesarianas. No mesmo ano, um estudo realizado em uma cidade de pequeno porte do Rio Grande do Sul apresentou 89% de cesarianas em seus serviços de saúde.³⁵⁻⁴⁰

Como visto na literatura, a preferência pelo parto vaginal prevalece entre as gestantes, contrastando nitidamente com o alto índice de cesarianas praticadas no Brasil. Cerca de 70% delas dizem ter sido influenciadas pelo médico obstetra na escolha final sobre o procedimento ao qual foi submetida, prevalecendo, essa influência, mais ainda no setor privado de saúde.^{7, 17, 41}

A escolha da gestante já foi motivo de um estudo brasileiro que avaliou aproximadamente 24 mil gestantes em hospitais públicos, privados e mistos. Estimaram que 66% delas preferem o parto vaginal como desfecho da gestação, contrapondo-se a 27,6% que preferem cesarianas e 6,1% que não têm preferência. Das 66% que preferiram o parto vaginal, apenas 14,6% conseguiram realizá-lo no setor privado, enquanto 57% conseguiu realizá-lo no setor público.

Em outra pesquisa com 85 gestantes de 18 a 50 anos, 70% desejavam parto vaginal, sendo essa preferência mais prevalente entre as católicas e com maior grau de instrução.^{11, 17, 24} Nesse mesmo estudo foi avaliada a preferência das gestantes quanto ao tipo de parto no serviço público e privado. No serviço privado, 70% preferem parto cesáreo desde a concepção, por acreditar que ele é o melhor em todos os aspectos considerados, e apenas 1,5% delas opta pelo parto normal no final da gestação, enquanto cerca de 80% das cesáreas realizadas eletivamente são fora do período de trabalho de parto ativo. No serviço público as gestantes preferem o parto via vaginal em 70% dos casos, considerando-o mais seguro.^{11, 17}

Quanto à preferência pela via vaginal em outros países, a taxa é ainda maior que a do Brasil, chegando a 93,5% na Austrália, 96,3% na Ásia, e outras que variam de 86 a 99,7% de acordo com revisão sistemática.^{5, 44}

Como analisado nos gráficos, vemos que as taxas de cesarianas ultrapassaram as de partos normais no Brasil em 2009 e no Distrito Federal em 2007 (excluindo-se os dados do HRG). No Hospital Regional do Gama esta inversão ainda não ocorreu e prevalecem os partos normais, apesar de observarmos um aumento linear na taxa de cesarianas. Se fossem mantidos os dados do HRG na somatória do DF, para análise como um todo, a inversão seria em 2012.

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a questão mais preocupante em relação à cesariana é o fato de que na maioria das vezes ela é eletiva; ou seja, a gestante não chega a entrar em trabalho de parto. O resultado disso é a prevalência de prematuridade significativamente maior entre nascidos por parto cesáreo.⁴⁵

Por esse motivo, uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) instituiu que médicos só poderão realizar cesáreas eletivas após a 39ª semana de gestação. Essa definição segue um estudo elaborado no ano de 2013 pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas.⁴⁵

Por utilizar as bases de dados governamentais agregadas, as características individuais dos sujeitos da pesquisa não foram analisadas, portanto, neste estudo, não foi possível estabelecer associações entre os partos cirúrgicos e suas reais indicações obstétricas.

Conclusão

A realização de cesáreas sem indicação obstétrica é comum no Brasil, sendo o tipo de parto predominante no país desde 2009, considerando serviços públicos e privados de saúde. No Distrito Federal está inversão ocorreu dois anos antes, em 2007, e no Hospital Regional do Gama ainda não ocorreu. As razões para que isso não tenha ocorrido

precisam ser estudadas. Questiona-se: Qual o motivo da elevada taxa no Distrito Federal? Nos outros serviços públicos de saúde do Distrito Federal as taxas são semelhantes? Seriam os hospitais privados que elevam todas as taxas no Brasil e do Distrito Federal? Seria a taxa no HRG baixa para a saúde do século XXI, ainda que maior que a recomendada, servindo para os outros serviços de saúde locais se espelharem?

Percebe-se que, após as análises para esta pesquisa, as diversas ações governamentais brasileiras não estão surtindo efeito significativo quanto à redução do número de cesáreas em seus hospitais, nos quais o desejo da mãe, da família ou do médico parecem ainda prevalecer sobre a indicação estritamente obstétrica da via de parto.

Referências

1. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319(7222):1397-400.
2. Anderson GM. Making sense of rising caesarean section rates [Editorial]. *BMJ* 2004; 329:696-7.
3. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(2):226-3.
4. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Factors

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(10):2067-78.

5. Mandarinino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2009 jul; 25(7):1587-1596.

6. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):761-7.

7. Fagúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* 1991; 7(2):150-73.

8. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323(7322):1555-8.

9. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Marsal K, Bleker O, Librero J, et al. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; 113(6):647-56.

10. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82(3):399-409.

11. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, 2014; 30(Sup): S101-S116.

12. Scott JR. Putting elective cesarean into perspective. *Obstet Gynecol* 2002; 99:967-8.

13. Bergeron V. The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics* 2007; 21(9):478-87.

14. Chigbu CO, Ezeome IV, Iloabachie GC. Cesarean section on request in a developing country. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 96(1):54-6.

15. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med* 2007; 64(11):2272-84.

16. McFarlin BL. Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(5):421-9.

17. Gamble JA, Creedy DK. Women's Preference for a Cesarean Section: Incidence and Associated Factors. *Birth* 2001; 28(2):101-10.

18. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de Parto: Expectativas das Mulheres. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10(5):667-74.

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

19. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. FEMINA 2010 agosto; 38(8):415-22.
20. MacDorman MF, Menacker F, Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. Clin Perinatol 2008; 35(2):293-307.
21. Anjos CS, Westphal F, Goldman RE. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro 2014; 1(3):86-94.
22. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean? Soc Sci Med 2000; 51(5):725-40.
23. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde – SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 27 de jun. 2011; seção 1:109.
24. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015; 24(2):336-43.
25. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Resumo dos Serviços Médico-Hospitalares Realizados nas Unidades da SES/DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA). 2000-2014.
26. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Sinasc.
27. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1997.
28. Vieira ABL, Lima REV. Crescente Incidência de Partos Cesáreos no Brasil. In: Anais Eletrônicos da I CIEGESI/ I Encontro Científico do PNAP/UEG. 22-23 de junho de 2012 - Goiânia, Goiás.
29. World Health Organization. Appropriate Technology, for birth. Lancet 1985; 326(8452):436-7.
30. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. Int J Gynaecol Obstet. 2003;80(2):189-94.
31. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. Rev Saúde Pública 2011; 45(4):635-43.
32. Guerreiro C. A propósito do artigo “Indicações para cesarianas num hospital terciário durante 7 anos”. Acta Med Port 2013; 26(6): 630-2.
33. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica nº 703/2014 – Consulta Pública 55 e 56 – Direito de informação da gestante e obrigatoriedade do

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

cartão da gestante, carta de informação e partograma na saúde suplementar, 2014.

34. Organization for Economic Cooperation and Development. Caesarean sections, in Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Organization for Economic Cooperation and Development Publishing, Paris 2011.

35. Antunes GSPC, Moura HB, Santos HS, Arruda SV, Sampaio MN. Prevalência de partos cesáreos na Maternidade Municipal de Cacoal. Rev Eletrônica Facimedit 2015; 2(2):1-11.

36. Barbosa GP et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública 2003; 19(6):1611-1620

37. Macedo AMB, Goes HF, Melo WA. Caracterização e análise dos partos ocorridos no município de Maringá-PR de 2000 a 2009. In: Anais Eletrônico - VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica, 23 a 26 de outubro de 2012. Unicesumar (Maringá-Pr). ISBN 978-85-8084-413-9

38. dos Reis SLS, Penteadó CEM, Chatkin MN, Estrela MS, Porto PG, Munaretto MM. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. Rev AMRIGS 2009; 53(1):7-10.

39. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as

repercussões maternas e neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(2):65-71.

40. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Bosco SMD. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? Cad Saúde Colet 2014; 22(1): 46-53.

41. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad. Saúde Pública 2006; 22(12):2647-55.

42. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira AP, Fonseca SC, Gama SGN, Theme-Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13(5):1521-34.

43. Rebelo F, Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89:903-8.

44. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. Birth 2007; 34(1):65-79.

45. Guimarães EAA et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise

Leite ICR, Margoto RM, Borges TC, Xavier EA, Corassa GP, Freitas MA

Taxas de cesáreas em Brasília nos últimos 15 anos

do Sistema de Informações sobre Nascidos

Vivos. Epidemiol. Serv. Saúde 2017; 26(1):91-

98.