



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

MÁRCIA MACHADO BARBAT

**FREQUÊNCIA DE PARTOS NORMAIS E CESARIANOS
BRASIL, REGIÃO SUL, RS, PORTO ALEGRE
PERÍODOS: 2005, 2011 e 2017**

Porto Alegre
2018

MÁRCIA MACHADO BARBAT

**FREQUÊNCIA DE PARTOS NORMAIS E CESARIANOS
BRASIL, REGIÃO SUL, RS, PORTO ALEGRE
PERÍODOS: 2005, 2011 e 2017.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2018

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde preconiza uma taxa máxima de 15% de cesarianas para qualquer país, patamar em muito superado pelo Brasil. **Objetivo:** Descrever o número de procedimentos de parto normal e cesariano ocorridos no Brasil, na Região Sul, Rio Grande do Sul (RS) e no município de Porto Alegre, nos anos 2005, 2011 e 2017. **Métodos:** As variáveis tipo de parto (cesárea e normal), tipo de regime (público ou privado) e valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) paga foram coletadas no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). **Resultados:** No ano de 2005 foram registradas 2.236.439 internações para realização de parto no Brasil, 28,6% partos cesarianos. Em 2017 houve 1.668.396 internações (redução de 25%), sendo 39,1% de partos cesarianos. Em 2005, a Região Sul e o estado do Rio Grande do Sul apresentaram taxas similares de partos normais, média de 68,9%; porém, o número de cesáreas no Rio Grande do Sul apresentou incremento, chegando a 46,5% em 2017. Já em Porto Alegre, em 2005 foram realizadas 21.212 autorizações de internação hospitalar (AIH) por procedimento parto, reduzidos em 40% destes em 2017, com uma taxa de 25,9% de cesáreas. No total, houve um excesso de 402.622 cesáreas realizadas no Brasil em 2017, gerando um gasto ao Sistema Único de Saúde na ordem de 67 milhões de reais. **Conclusão:** Os dados encontrados mostram um elevado número de cesáreas com aumento progressivo sugerindo que as políticas públicas de incentivo ao parto normal existentes ainda não estão gerando os resultados esperados.

Palavras chaves: parto normal, cesárea, políticas de saúde, sistema de informação hospitalar, gestão em saúde.

Lista de tabelas

Tabela 1: Frequência de partos segundo tipo (normal e cesáreo) e percentual de partos, por regiões geográficas selecionada, em 2005, 2011 e 2017.

Tabela 2: Frequência de partos segundo regime do estabelecimento de saúde (público ou privado) e percentual de partos cesáreos, segundo regiões geográficas selecionadas, nos anos de 2005, 2011.

Tabela 3: Frequência de parto cesariano por regime do estabelecimento de saúde privado e percentual de partos cesáreos, segundo regiões geográficas selecionadas, nos anos de 2005, 2011.

Tabela 4: Valores pagos pelo Sistema Único de Saúde por tipo de parto, sem distinção de regimes dos estabelecimentos de saúde, excesso de cesáreas realizadas e redução de gasto estimado (em reais).

Lista de abreviaturas e siglas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HUMANIZASUS - Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAISM - Pacto Nacional de Atenção à Saúde da Mulher

PAISM - Programa de Atenção Integral da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PA – Porto Alegre

RS - Rio Grande do Sul

SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE TABELA

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

Sumário

1.INTRODUÇÃO	07
1.1 CONTEXTO DE PESQUISA	08
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 OBJETIVO GERAL	15
1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
3.DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	17
3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
4. CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

A preferência da gestante na decisão pelo parto normal ou cesariana tem sido tema de ampla discussão. Pesquisas recentes vêm demonstrando que as expectativas e temores das mulheres acerca do momento do nascimento podem tanto representar sua visão sobre as diferentes formas de desfecho da gravidez, quanto apontar falhas na comunicação entre o profissional de saúde e a gestante. Além disso, podem estar refletindo o modo como a assistência obstétrica está organizada no país (RISCADO et al, 2016).

O parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. O processo de nascimento vem sofrendo adequações conforme a evolução social, o avanço científico e tecnológico adotado pelo hospital tendo como objetivo prevenir a morbimortalidade na assistência ao parto. Porém, o que se evidencia são as complicações causadas justamente pelo avanço e pelo uso abusivo de técnicas e procedimentos, generalizando o corpo feminino, seu ritmo natural e impedindo a mulher do exercício de seu protagonismo (BRASIL, 2014).

O parto cesáreo representa 80% dos partos realizados via planos privados de saúde e 26% no sistema público, o que equivale a uma taxa média de cesarianas de 40% (BRASIL, 2006). Esta situação coloca o país como líder mundial em frequência de cesáreas, já que o recomendado é de 15% dos nascimentos (OMS, 2015).

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde (MS) vem buscando alternativas que visem melhorar e reorganizar o sistema de atenção à parturiente, através de inúmeras proposições e políticas públicas que objetivem a humanização do parto. O termo humanização, em si, contempla um cuidado com a mulher em que esta prepara-se para um momento importante em sua vida e necessita de um amparo redobrado por parte do sistema de saúde, bem como familiar (TEIXEIRA et al, 2016).

Neste contexto, este trabalho visa realizar uma abordagem indireta quanto às políticas públicas de saúde da gestante, relacionando com dados dos procedimentos de parto normal e cesariano do Brasil, da Região Sul, do estado do Rio Grande do Sul (RS) e sua capital, o município de Porto Alegre.

1.1 CONTEXTO DE PESQUISA

O aumento do número de partos cesáreos vem ocorrendo em todo o mundo. Declercq e colaboradores (2011) investigaram as proporções de cesarianas em 21 países e observaram que no ano de 2007, aproximadamente metade dos países apresentaram proporções superiores a 25,0%, como por exemplo: Itália (39,0%); Portugal (35,0%); Estados Unidos da América (EUA) (32,0%); e Suíça (32,0%). Para cinco países, as proporções mais do que dobraram entre 1992 e 2007: República Eslovaca; República Tcheca; Irlanda; Áustria; e Hungria. Neste mesmo ano, para o Brasil, a proporção foi de 46,5%, valor superior, portanto, àqueles observados em países de maior renda. Na China, os números de taxas cesarianas também aumentaram de 28,8% em 2008 para 34,9% em 2014, assim como na Europa, os nascimentos por cesariana aumentaram de 172,49 por 1000 nascidos vivos, em 1997, para 253, 23 por 1000 nascidos vivos em 2010 (EUFRASIO, 2017).

O Brasil, está entre os países que apresenta as maiores taxas de cesarianas no mundo (BRASIL, 2010). A cada ano acontecem no país, cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados (BRASIL, 2013). Isso significa que, a cada ano, o nascimento influencia uma parcela significativa da população brasileira, considerando as famílias e o seu meio social.

Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha (BRASIL, 2017). Entretanto, permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez

e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções (BRASIL, 2007b).

Em 1991, Faúndes e Cecatti, analisando as causas da explosão das taxas de cesariana no Brasil apontavam, entre outros fatores, o conforto para o médico de uma cirurgia agendada, em contraponto à imprevisibilidade do parto normal, a incerteza dos profissionais sobre sua capacidade de conduzir complicações no trabalho de parto, a falta de preparação da mulher para o parto durante o acompanhamento pré-natal e a ausência de parteiras nas equipes profissionais (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem desenvolvido diversos trabalhos relacionados à assistência pré-natal e ao parto, motivada pela preocupação com a expansão do uso da tecnologia no parto, seu custo elevado, e questionamentos sobre sua real necessidade (PATAH, 2011).

Na década de 1990, as Conferências Internacionais voltadas à valorização das mulheres nas políticas públicas (México, 1983; Cairo, 1994; Beijin, 1996) contribuíram para um comprometimento dos governos com políticas mais equânimes para homens e mulheres em todo o mundo. Este processo facilitou a participação de mulheres em instâncias de formulação e implementação de políticas públicas, no MS, em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, influenciando a organização de serviços e ações de saúde (BOARETTO, 2003).

Segundo OSSIS (1998, p. 25-32),

“ O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher por ter sido ele pioneiro no cenário mundial, ao propor inclusão da saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral da saúde da mulher, não mais utilizando ações isoladas de planejamento familiar, discutido nas conferências internacionais do Cairo, e Benjim, o processo já estava bastante avançado conceitualmente no Brasil” (OSSIS, 1998).

Ainda na década de 1990, o MS, iniciou a implementação de uma série de iniciativas objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, reduzir as taxas de cesáreas, revalorizar o parto normal e fortalecer a relação da mãe com seu bebê. Foram publicadas Portarias e Resoluções regulamentando várias

ações, com estrutura de incentivos, voltadas às questões da humanização (TEIXEIRA et al, 2016).

Tais iniciativas incluem o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal (OMS, 1996). Para o alcance da Maternidade Segura, o MS, publicou a Portaria nº 2.815/1998, a qual reforçou o papel da enfermeira obstétrica na assistência obstétrica no momento do parto. (BRASIL, 1998).

Em 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio de um conjunto de Normas e Portarias, com estrutura de incentivos financeiros específicos, com o objetivo de garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto, estimular a organização da assistência, vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério e com isso ampliar o acesso das mulheres, garantindo a qualidade e consolidando a atenção obstétrica integral, associada à afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BRASIL, 2000).

A humanização como estratégia propõe uma melhor qualidade na atenção, este programa se fundamenta nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. O PHPN está estruturado nos princípios de que toda mulher tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Em seguida, foi lançado pelo MS, o Manual técnico Assistência Pré-Natal e no ano seguinte o Manual de Assistência Humanizada à Mulher: parto, aborto e puerpério (BRASIL, 2000). E também o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001).

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal a fim de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal, com participação dos gestores das três esferas de governo e a sociedade, em amplo diálogo (BRASIL, 2007b).

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a

garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Também incorpora o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004a).

Nesse mesmo sentido, em 2004, foi implantada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único da Saúde, o HumanizaSUS, política transversal às diferentes ações e instâncias gestoras no SUS. No mesmo ano, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de articular ações de governo e da sociedade civil, envolvendo diferentes atores sociais na qualificação da atenção a mulheres e recém-nascidos, visando à redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004b).

A lei nº 11.108/2005 garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. De acordo com a Comissão de Cidadania e Reprodução, a presença de acompanhante no parto, garantida por lei, é associada a melhores desfechos maternos e neonatais (BRASIL, 2005).

Para o MS, o preparo para o parto envolve abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde. O serviço de pré-natal deverá promover visitas às gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto. Ao mesmo tempo, a gestante passa a ter o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, conforme lei 11.634 de 2007 (BRASIL, 2007a).

Pela portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008, foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil. (BRASIL, 2013).

O Programa Rede Cegonha (MAMEDE, 2015) foi instituído em 2011, com objetivo de garantir o atendimento integrado e de qualidade a todas as brasileiras pelo SUS assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada, recebimento de práticas seguras durante todo o ciclo gravídico-puerperal e cuidados no nascimento, crescimento e desenvolvimento do recém-

nascido. Prevê ainda a qualificação dos profissionais de saúde, bem como a criação de Casa da Gestante e a Casa do Bebê, e os Centros de Parto Normal que contribuem significativamente para a saúde da mulher na concepção, contracepção e durante o ciclo gravídico-puerperal no intuito de colaborar para o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do Milênio, melhorar a saúde das gestantes.

A rede contou com recursos aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, a começar pela unidade básica de saúde, passar pelos exames de pré-natal e pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes teriam um acompanhamento da Rede Cegonha, tomando o posto de saúde como referência, e sabendo, com antecedência, em que local seria a maternidade. (BRASIL, 2011).

Entre os objetivos da Rede Cegonha (2011, p. 109) está o de

Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses.

Apesar de inúmeras iniciativas para a redução das taxas de cesariana no Brasil ao longo das duas últimas décadas, o MS, não tem obtido o êxito desejado. Pelo contrário, ao longo deste período, as taxas desta cirurgia só aumentaram, em especial aquela verificada na saúde suplementar, e as questões apontadas por Faúndes e Cecatti, permanecem ainda hoje como fatores que continuam a influenciar os elevados níveis deste indicador no Brasil.

Embora as taxas de cesariana no serviço público estejam acima daquelas recomendadas pela OMS, é na saúde suplementar que as distorções encontradas na assistência obstétrica se manifestam ainda com maior intensidade. Neste setor as taxas desta cirurgia chegam a alcançar valores até três vezes maior do que os encontrados no SUS (FREITAS et al, 2005). Esta diferença entre a taxa de cesarianas na saúde pública e na saúde suplementar tem sido motivo de frequentes questionamentos.

Diante dessa realidade, a Resolução Normativa nº 368/2015 veio garantir o acesso da gestante a informações essenciais para que se possa decidir sobre seu parto (BRASIL, 2015). Uma das medidas da ANS em 2015, foi implantar

novas regras para a realização de partos no Brasil. O ato busca fornecer às mulheres mais informações para que assim possam se tornar as verdadeiras protagonistas do parto. A partir do Plano de Parto, a parturiente pode verificar se o médico ou a maternidade escolhida, possui experiência em atender partos normais. Além disso, existe o Partograma um documento gráfico no qual fica registrado a evolução do parto e como ele ocorreu. Com isso o ato busca estimular a realização do parto normal em hospitais públicos e privados (BRASIL, 2015).

Em março de 2016, o MS, pela portaria de nº 306/2016, aprovou as diretrizes de atenção à gestante referentes à operação cesariana, considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas. (BRASIL, 2016b) Já a Resolução 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina estabelece que, após as 39 semanas de gravidez, “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal” (BRASIL, 2016a).

É a partir da concepção, errônea, de que o parto normal é arriscado e de que a cesariana é uma forma segura e “moderna” de nascer que os obstetras se baseiam para ampliar de maneira generalizada as indicações dessa cirurgia. A ênfase dada apenas aos aspectos biológicos do processo gestacional e do parto ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. Certamente torna-se mais fácil para os obstetras medicalizar um processo como este, quando o corpo da mulher é considerado à parte do seu contexto social e cultural (BRASIL, 2008).

Em um ambiente cultural favorável à cesariana, como no Brasil, as mulheres acabam por ceder à pressão exercida pelos profissionais, submetendo-se à indicação da cirurgia. Certamente outros fatores como a questão da remuneração dos profissionais e a própria facilidade gerada pela possibilidade da organização do trabalho hospitalar, com o agendamento dos partos, estão relacionados com as taxas de cesariana na saúde. Entretanto, sejam quais forem os elementos implicados na maneira como este modelo de assistência se organizou e vem operando, as pesquisas revelam que as mulheres e seus bebês têm sido vítimas de um atendimento que, ao contrário da

segurança prometida, pode lhes trazer não apenas o risco de complicações, mas também de morrer (CARDOSO, 2008).

Reverter esta situação é, portanto, uma questão de saúde pública pela dimensão da população afetada e de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O desafio de enfrentar esta questão é certamente uma tarefa para múltiplos parceiros e deve envolver gestores de todas as esferas, profissionais de saúde e suas entidades de classe (conselhos) e sociedades científicas, as universidades e principalmente as mulheres e suas famílias para que, corretamente informadas, possam exercer seu papel de protagonistas neste evento que tem profundos significados sociais e afetivos (DIAS et al, 2008).

É evidente a importância do investimento na sensibilização e na educação permanente da equipe de saúde para a implantação das práticas de humanização do parto e do nascimento recomendadas pela OMS para uma assistência adequada às gestantes e aos recém-nascidos. Além disso, garantir capacitação aos médicos e enfermeiros obstetras para que tenham maior segurança na execução do parto normal é essencial, tornando-os aptos a lidar com possíveis complicações (BRASIL, 2006).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Descrever o número de procedimentos de parto normal e cesariano ocorridos no Brasil, Região Sul, estado do Rio Grande do Sul e município de Porto Alegre, nos anos 2005, 2011 e 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Sistematizar os procedimentos de partos seis anos antes (2005), no ano de promulgação do Programa Rede Cegonha (2011) e seis anos após a mesma (2017);
- Sistematizar os partos segundo o local de realização (serviços públicos ou privados) nos anos selecionados; e,
- Descrever qual o valor pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pelos procedimentos de parto normal e cesariano.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Consiste em um estudo descritivo com abordagem quantitativa e retrospectiva, com emprego de dados secundários, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), gerenciadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), das internações realizadas no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre.

Foram selecionados para o estudo os dados do Brasil, que possui uma população estimada em torno de 207,7 milhões; a Região Sul, que compreende os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, contando com 29,6 milhões de habitantes; o estado do Rio Grande do Sul (RS), com uma população estimada em 11,3 milhões; e sua capital, o município de Porto Alegre, com população estimada de 1.409.351 habitantes (IBGE, 2017). As variáveis consideradas foram: tipo de parto (cesárea e normal), tipo de serviço (público ou privado) e o valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pago.

Para este estudo se definiu parto cesárea como o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno durante o trabalho de parto (BRASIL, 2007c). Já o parto normal tem início espontâneo, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (OMS, 1996).

Os anos selecionados correspondem aos seis anos anteriores (2005) e posteriores (2017) à data de institucionalização do Programa Rede Cegonha (2011).

Os valores estimados para redução de gastos foram calculados pela taxa recomendada para os partos cesáreos (15%), através das médias de AIH pagas para cada tipo de parto (normal e cesárea) e a diferença resultante entre os valores. Desta forma, caracterizado o valor estimado de redução de gastos. O número de cesáreas desnecessárias foi calculado através dos 15% recomendado dos partos totais (AIH total de partos) e diminuído dos partos cesáreos (partos cesáreos) realizados.

Saliente-se que este estudo se restringe aos pagamentos realizados pelo Sistema Único de Saúde aos serviços vinculados ao mesmo, de forma direta ou

conveniada. Assim, apresenta uma redução quanto ao total de partos realizados no país, caso comparado aos dados presentes no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Por empregar unicamente dados secundários de acesso público, não houve a necessidade de envio a comitê de ética.

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1: Frequência de partos segundo tipo (normal e cesáreo) e percentual de partos, por regiões geográficas selecionada, em 2005, 2011 e 2017

Ano	Procedimento	Brasil	Região Sul	RS	Porto Alegre
2005	AIH total de partos	2.236.439	265.773	101.515	21.212
	Parto Normal	1.596.483	182.995	70.100	13.612
	Parto Cesáreo	639.956	82.778	31.415	7.600
	% Parto normal	71,38%	68,85%	69,05%	64,17%
	% Parto cesáreo	28,62%	31,15%	30,95%	35,83%
2011	AIH total de partos	1.779.066	219.859	83.529	19.163
	Parto Normal	1.141.508	134.342	49.978	12.031
	Parto cesáreo	637.558	85.517	33.551	7.132
	% Parto normal	64,16%	61,10%	58,43%	62,78%
	% Parto cesáreo	35,84%	38,90%	41,57%	37,22%
2017	AIH total de partos	1.668.396	218.415	84.628	12.781
	Parto Normal	1.015.515	123.159	45.289	9.473
	Parto Cesáreo	652.881	95.256	39.339	3.308
	% Parto normal	60,86%	56,38%	53,51%	74,11%
	% Parto cesáreo	39,14%	43,62%	46,49%	25,89%

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar- SIH-SUS

Os dados acima evidenciam que a taxa de ocorrência de cesáreas foi superior aos 15% (OMS, 2015) preconizados como parâmetro. O Brasil, a Região Sul e o RS apresentaram percentuais ascendentes de realização de partos cesáreos, destoando de Porto Alegre, que apresentou uma redução de taxas de cesarianas entre 2011 e 2017 na ordem de 30,4%.

Freitas (2005), ao estudar partos de primíparas no RS nos anos de 1996, 1998 e 2000, encontrou taxas de cesariana em torno de 45%, as relacionando a mulheres brancas, com maior escolaridade e idade. Neste estudo se encontrou em 2017, duas décadas após, uma taxa geral de cesarianas de 46,5%.

Leal (2013) encontrou um percentual de 52% de partos cesarianos no Brasil, biênio 2011-12, nas cinco regiões do país, superior aos 39,14% encontrados neste estudo.

Na tabela 2 se encontra as taxas de cesariana segundo estabelecimento de saúde público e privado, regiões geográficas e anos selecionados para este estudo.

Tabela 2: Frequência de partos segundo regime do estabelecimento de saúde (público ou privado) e percentual de partos cesáreos, segundo regiões geográficas selecionadas, nos anos de 2005, 2011.

Ano	Partos	Brasil	Região Sul	RS	Porto Alegre
2005	AIH total de partos	2.236.439	265.773	101.515	21.212
	Partos Reg. Público	1.074.050	77.396	28.427	15.620
	% Partos Cesáreos	26,36%	32,70%	34,41%	37,33%
	Partos Reg. Privado	1.162.389	188.377	73.088	5.592
	% Partos cesáreos	55,05%	30,70%	29,59%	31,63%
2011	AIH total de partos	1.779.066	219.859	83.529	19.163
	Partos Reg. Público	932.810	68.580	24.732	13.507
	%Partos Cesáreos	30,27%	36,82%	39,65%	38,47%
	Partos Reg. Privado	846.256	151.279	58.797	5.656
	% Partos Cesáreos	41,90%	39,83%	40,38%	34,21%

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar- SIH-SUS

Observando a distribuição de partos por regimes verifica-se um elevado número de partos realizados pelo regime privado, em média 50% do total, com valores superiores, Região Sul, 68% e inferiores em Porto Alegre, 30%. No ano de 2017, os dados por diferença de regime não estavam disponíveis.

As taxas de cesáreas em ambos os regimes se encontram altas chegando no Brasil, no ano de 2005, pelo regime privado a ser três vezes maior do que o recomendado pela OMS.

Na tabela 3 se encontram as taxas de cesariana segundo estabelecimento de saúde privado, regiões geográficas e anos selecionados para este estudo.

Tabela 3: Frequência de parto cesariano por regime do estabelecimento de saúde privado e percentual de partos cesáreos, segundo regiões geográficas selecionadas, nos anos de 2005 e 2011.

Ano	Partos por cesárea	Brasil	Região Sul	RS	Porto Alegre
2005	Total	639.956	82.778	31.415	7.600
	Cesárea regime privado	356.833	57.463	21.633	1.769
	% de cesárea	55,75%	69,41%	68,87%	23,28%
2011	Total	637.558	85.517	33.551	7.132
	Cesárea regime privado	354.887	60.260	23.743	1.935
	% de cesárea	50,70%	70,47%	70,77%	27,14%

Obs.: quando da redação deste estudo os dados de 2017 estavam parcialmente disponíveis.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar- SIH-SUS

Observa-se na tabela 3 que, para os anos 2005 e 2011, todas as áreas geográficas definidas apresentam taxas de partos cesáreos nos estabelecimentos privados acima dos 15% consideradas aceitáveis.

Resultados encontrados com o de Soalheiro et al (2012) que realizou um estudo com uma população de 1.904 gestantes, que tiveram parto normal ou cesariano, nos 46 estabelecimentos de saúde selecionados nos três estados da Região Sul, foi possível observar que menos de 25% tinham preferência inicial pela cesariana, entretanto, na decisão final da gestação 80% delas acabaram realizando o procedimento cirúrgico.

Yazlle e colaboradores (2001) realizaram uma análise retrospectiva dos partos ocorridos no município de Ribeirão Preto SP, no período de 1986 a 1995. Evidenciou-se que a ocorrência de cesáreas está relacionada com o nível social das mulheres, assim, quanto mais cultas forem estas mulheres, maior o número de cesáreas, sendo inversamente proporcional ao risco da gestação, ou seja, incidência maior de cesáreas nos grupos de menor risco e de menor incidência de doenças.

No estudo de Silva et al (2009), em Florianópolis, o perfil intervencionista do obstetra se manteve associado ao risco de cesariana. Mulheres que fizeram o pré-natal na rede privada tiveram maior facilidade de realizar consultas médicas com o mesmo profissional, tendo sido influenciadas pelo mesmo.

Tabela 4: Valores pagos pelo Sistema Único de Saúde por tipo de parto, sem distinção de regimes dos estabelecimentos de saúde, excesso de cesáreas realizadas e redução de gasto estimado (em reais).

Ano	VALORES PAGOS	Brasil	Região Sul	RS	Porto Alegre
2005	Valor Total de AIH	901.084.950,70	110.465.747,78	41.582.058,61	9.324.517,63
	Valor Parto Normal	555.050.904,93	65.750.082,59	25.021.202,48	5.081.370,17
	Valor médio de AIH	347,67	359,30	356,94	373,30
	Valor Parto Cesáreo	346.034.045,77	44.715.665,19	16.560.856,13	4.243.147,44
	Valor médio de AIH	540,72	540,19	527,16	558,31
	Excesso cesáreas	304.491	42.913	16.188	4.419
	Redução de gasto	58.781.988,00	7.762.532,57	2.755.252,36	817.559,19
2011	Valor Total de AIH	1.076.791.148,04	138.614.332,80	52.731.438,14	12.376.443,13
	Valor Parto Normal	621.603.918,98	75.691.615,51	28.062.787,39	6.967.349,43
	Valor médio de AIH	544,55	563,42	561,50	579,12
	Valor Parto Cesáreo	455.187.229,06	62.992.715,29	24.668.650,75	5.409.093,70
	Valor médio de AIH	713,95	735,79	735,26	758,43
	Excesso cesáreas	370.699	52.539	21.022	4.258
	Redução de gasto	62.796.400,00	9.056.147,43	3.652.782,72	763.501,98
2017	Valor Total de AIH	1.041.765.076,48	141.953.522,67	55.369.043,19	7.975.689,61
	Valor Parto Normal	567.947.441,01	70.781.346,63	25.755.783,80	5.482.142,95
	Valor médio de AIH	559,27	574,72	568,70	578,71
	Valor Parto Cesáreo	437.817.635,47	71.172.176,04	29.613.259,39	2.493.546,66
	Valor médio de AIH	725,73	747,17	752,77	753,79
	Excesso cesáreas	402.622	62.494	26.645	1.394
	Redução de gasto	67.020.459,00	10.777.090,00	4.904.545,00	244.061,52

Obs.: excesso cesáreas = número de cesáreas acima do preconizado pela OMS (15% do total de partos). Multiplicado pelo valor médio da AIH gera a redução de gasto estimada.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar- SIH-SUS

O Brasil gastou em torno de 1 bilhão de reais para os procedimentos de partos em 2017. Os dados obtidos apontam que teriam sido realizadas 402 mil cesarianas desnecessárias, gerando um gasto em torno de 67 milhões de reais para os partos realizados junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses dados são compatíveis com Zorzetto (2006), ao estimar que em 2006 eram realizadas cerca de 560 mil cesáreas desnecessárias no Brasil, consumindo quase 84 milhões de reais. Estudo realizado em 2015 apontou 210 mil cesáreas desnecessárias no Brasil, consumindo quase 57 milhões de reais (DALMORO, 2015).

4. CONCLUSÃO

Os dados encontrados no presente estudo apontam que os partos cesarianos estão acima da média recomendada pela OMS em todas as regiões geográficas, com percentual ascendente pelos períodos analisados. Indicando que as políticas públicas existentes, direcionadas ao incentivo do parto normal ainda não estão impactando positivamente.

Entretanto, o município de Porto Alegre mostrou que entre os anos de 2011 a 2017 houve um declínio no número de partos cesáreos em relação ao parto vaginal. Neste sentido, seria de suma importância compreender os motivos da ocorrência deste declínio, resultado que pode ser utilizado como parâmetro para montagem de estratégias que consigam sensibilizar e esclarecer as gestantes sobre os benefícios e risco dos diferentes tipos de parto citados nesta pesquisa.

Fator limitante à pesquisa foi o reduzido número de estudos semelhantes para comparar com os achados deste. Em especial, quanto ao papel indireto da Rede Cegonha na redução das taxas de cesariana, algo não observado quando se compara os resultados do ano de sua implantação (2011) a 2017.

Porém, verificado o grande número de partos pelo regime privado ressalta um maior empenho pela Agência Nacional e Saúde Suplementar para que possa destinar maior atenção à população coberta pelos planos privados de saúde, no sentido de trazer informações que possam delinear a melhor escolha do tipo de parto a ser realizado.

REFERÊNCIAS

BOARETTO, M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998, inclui na tabela de informações hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 02 de junho de 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf Acesso em 16 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf Acesso em 10 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização do Parto**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em 10 de abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 653 de 28 de maio de 2003

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em 6 de junho de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em 10 de maio de 2018.

_____. Lei 11.108/2005 altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante trabalho de parto, parto e pós-parto no âmbito de SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 de abril de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto normal versus cesariana: o papel do Estado e das agências reguladoras. Brasília, DF, 2006.

_____. Lei 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 Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 de dezembro de 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20r edu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf> Acesso em 11 de maio de 2018.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Dimensão “atenção à saúde” 2ª fase: taxa de parto cesárea**. Brasília, DF, 2007c.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do SUS a rede cegonha. Poder Executivo, **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 jun. 2011, n.121, p.109. Seção 1.

_____. DATASUS. Informações de Saúde de Nascidos Vivos, 2013. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>. Acesso em 10 de abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.799 de 18 de novembro de 2008, revogada pela portaria nº 1.920 de 05 de setembro de 2013, Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_h umanizacao_parto.pdf Acesso em 16 de maio de 2018.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 368, de 06 de janeiro de 2015. 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. **Diário Oficial da União**, DF, 07 jan 2015. Seção 1, p. 38.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do

binômio materno fetal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun 2016. Seção 1, p. 138.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Portaria nº 306 de 28 de março de 2016, aprova as diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em 10 de março de 2018.

CARDOSO, J.E. **A Dissonância entre o Desejo e a Realidade: A Escolha da Via do Parto pelas Mulheres de Camadas Médias no Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade do Rio de Janeiro, 2008.

DALMORO, C. **Pagamentos efetuados pelo Sistema Único de Saúde aos procedimentos de parto normal e cesáreo nas regiões brasileiras**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Social da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

DATASUS Departamento de Informática do Sistema único de Saúde. Informações de Saúde. Brasília, DF. Disponível em: www.datasus.gov.br Acesso em 15 de março de 2018.

DECLERCQ, E. et al. É uma taxa de cesariana crescente inevitável? Tendências nos países industrializados, 1987 a 2007. **Revista nascer e crescer**. v.38, n.2, p.99-104, 2011.

DIAS, M.A.B. 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. **Ciência de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

EUFRASIO, L.S. **Prevalência e fatores associados ao parto cesárea no contexto regional brasileiro em mulheres em idade reprodutiva**. 2017. Tese (Doutorado em Fisioterapia) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, abr/jun. 1991.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdades Sociais na Taxa de Cesárea em Primíparas, Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**. Florianópolis, v.39, n.5, p.761-767, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -**IBGE**- Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/por-cidade-estado-geociencias.html?t=destaques&c=4314902> Acesso em 10 de maio de 2018.

LEAL, M.C. et al. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, 2014; Suplemento S5

MAMEDE, A.F.V; PRUDENCIO, P.S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. São Paulo, v.36, p.262-266, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, OMS, p.93,1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Human Reproduction Programme. Genebra. OMS, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 08 de janeiro de 2018.

OSIS, M.J.D. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 25-32, 1998. Suplemento.

PATAH, L.E.M; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e a taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.1, p. 185-194, fev, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 de abril de 2018.

RISCADO, L.C. et al. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção de saúde coletiva, **Texto contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.25, n.1, e3570014, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000100501&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 de março de 2018.

SILVA, L.A.S. et al. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, v.53, n.4, p. 354-360, out-dez, 2009.

SOALHEIRO, L.C. **Fatores associados à preferência por cesariana em uma amostra representativa de primíparas na Região Sul do Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

TEIXEIRA, C.R. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69 n.6. Nov/Dec. 2016.

YAZLLE, M.E.H.D, et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2001, v.35, n.2, p. 202-206, abri, 2001.

ZORZETTO, R. Escolha errada. **Pesqui. FAPESP**. São Paulo, v.124, p. 38-44, jun, 2006.