

Mariana de Sales

**NASCIMENTOS POR CESÁREA EM FLORIANÓPOLIS E
NO BRASIL DE 2010 A 2019**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2024**

Mariana de Sales

**NASCIMENTOS POR CESÁREA EM FLORIANÓPOLIS E
NO BRASIL DE 2010 A 2019**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araujo

Professor Orientador: Prof. Dr. Hugo Alejandro Arce Iskenderian

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2024**

Sales, Mariana de

NASCIMENTOS POR CESÁREA EM FLORIANÓPOLIS E NO BRASIL DE 2010 A 2019 / Mariana de Sales ; orientador, Hugo Alejandro Arce Iskenderian , 2024.

34 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Parto. 3. Cesárea. 4. Saúde materno-infantil. I. Iskenderian , Hugo Alejandro Arce. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. III. Título.

Dedico esse trabalho aos meus pais, que estão sempre me apoiando, e a minha gata que me mordida durante as reuniões com meu orientador.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus pais e a minha irmã, por todo apoio e esforço investido na minha educação.

Ao meu orientador, por toda paciência durante os anos de produção deste trabalho.

À professora Roxana, que em meio as minhas lágrimas, me tranquilizou e não me deixou desistir.

Também agradeço aos meus amigos Giovana, Camilla, Eloi, Possamai e Danilo que sempre me ajudaram lendo o meu trabalho e me dando sugestões valiosas.

RESUMO

Introdução: O parto passou por diversas modificações ao longo do tempo, seguindo a evolução na ciência e na medicina. Entretanto, apesar de sua importância na redução de mortalidade, o crescimento no número de cesarianas é alarmante. O governo brasileiro criou várias estratégias para diminuir a crescente taxa de cesarianas, porém essas não conseguem ser implementadas de maneira uniforme por todo o território. **Objetivo:** Analisar a série histórica da taxa de cesarianas no Brasil e em Florianópolis. **Métodos:** Estudo ecológico descritivo com dados secundário do DATASUS dos anos 2010 a 2019. Calculou-se taxas de proporção de cesárea, Razão de Chances e de Risco a partir desses. **Resultados:** Avaliou-se 29.117.865 nascimentos no Brasil no período – 55,41% desses ocorreram por cesariana. Houve diminuição de 5% do total de nascimentos e um aumento de 7% de cesarianas em relação aos dados iniciais do estudo. Em Florianópolis, avaliou-se 58913 partos, 51,92% desses por via cesárea. Teve aumento de 16% de nascimentos e de 4% de cesarianas na capital catarinense no período. A Razão de Chances de nascer por cesárea no Brasil exceto Florianópolis encontrada foi de 1,15 e a Razão de risco foi 1,07. **Conclusão:** Percebe-se um relativo sucesso das estratégias nacionais para redução das cesáreas em Florianópolis, uma vez que gestantes que residem na capital catarinense têm menos chance de fazer um parto abdominal do que no restante do país.

Palavras-chave: Parto. Cesárea. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Background: Childbirth has undergone several modifications over time, following advancements in science and medicine. However, despite its importance in reducing mortality, the increase in the number of cesarean sections is alarming. The Brazilian government has created various strategies to decrease the growing rate of cesareans, but these cannot be uniformly implemented throughout the territory.

Objective: To analyze the historical series of the cesarean section rate in Brazil and in Florianópolis. **Methods:** Descriptive ecological study with secondary data from DATASUS from 2010 to 2019. Cesarean section proportion rates, Odds Ratio, and Risk Ratio were calculated from these data.

Results: A total of 29,117,865 births were evaluated in Brazil during the period – 55.41% of these occurred by cesarean section. There was a 5% decrease in total births and a 7% increase in cesareans in relation to the initial data of the study.. In Florianópolis, 58,913 deliveries were evaluated, with 51.92% of them by cesarean section. There was a 16% increase in births and a 4% increase in cesareans in the capital of Santa Catarina during the period. The Odds Ratio of being born by cesarean section in Brazil except for Florianópolis was found to be 1.15, and the Risk Ratio was 1.07.

Conclusion: There is a relative success of national strategies to reduce cesareans in Florianópolis, since pregnant women residing in the capital of Santa Catarina have less chance of having an abdominal delivery than in the rest of the country.

Keywords: Childbirth. Cesarean section. Maternal and child health.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1.....	6
Tabela 2.....	9
Figura 1.....	10
Figura 2.....	10
Figura 3.....	11
Tabela 3.....	12

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
1. INTRODUÇÃO:.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
2.1.Objetivo geral:	4
2.2.Objetivos Específicos:	4
3. MÉTODO:.....	5
3.1.Tipo de estudo e participantes	5
3.2.Fonte de dados e variáveis do estudo	5
3.3.Análise de dados e estatísticas.....	5
3.4.Aspectos éticos	6
4. RESULTADOS:	7
5. DISCUSSÃO:.....	14
6. CONCLUSÃO:.....	20
REFERÊNCIAS:	21
NORMAS ADOTADAS	25

1. INTRODUÇÃO:

Até o final do século XIX, predominava o parto assistido por parteiras no domicílio, que era tido como fenômeno instintivamente natural. Por consequência, a figura médica era utilizada apenas em cenários de risco, quando a parteira não era capaz de assegurar a vida do feto e da mãe. Porém, a partir das primeiras décadas do século XX, o processo do parto e as práticas de assistência ao nascimento sofreram diversas modificações: os que antes eram eventos privativos passaram a ocorrer predominantemente em ambientes hospitalares, onde o médico assumiu um papel proeminente. Tornou-se mais comum a cirurgia cesárea, que teve papel imprescindível para a redução na mortalidade materno-fetal do século XX¹. Nesse contexto, observou-se um crescimento acentuado no número de cesáreas, que se enquadra nesse processo de mudança e tornou-se um problema paradoxal: como diminuir sua incidência em países que a utilizam de forma excessiva enquanto tornamos a cirurgia cesárea mais disponível em países da África Subsaariana, Ásia e Oceania, nos quais a mortalidade materna é alarmante.

O Brasil possui hoje uma das maiores taxas de cesárea do mundo, 55,9% em 2018, segundo dados do Ministério da Saúde². Somado a isso, existe uma diferença significativa nas taxas de cesáreas entre o setor público e o setor de saúde complementar. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), em 2020, 82,69% dos partos realizados por meios privados foram cesáreas³. Essa taxa é mais que o dobro daquela observada no setor público e se afasta muito das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que orienta uma proporção de cesáreas em torno de 20 a 30% para a população brasileira⁴. As causas por trás das altas proporções de cesarianas no país são complexas e incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada em nosso país – ainda bastante centrada na atuação individual dos profissionais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe –, as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem aos nascimentos e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto e nascimento⁴. Inclusive, devido a uma distribuição desigual da saúde pública e privada no Brasil, além de diferenças culturais e socioeconômicas, as proporções de nascimento diferem entre as regiões do país. Florianópolis, por exemplo, possui uma taxa de cesárea muito menor que as outras capitais do sul do Brasil, algo que não pode ser explicado apenas pelo tamanho de sua população. Esse fato proporciona uma oportunidade para uma

análise mais aprofundada sobre os fatores que podem estar influenciando as decisões de via de parto na capital catarinense.

A escolha da via de parto nunca é feita somente pela parturiente, é uma decisão compartilhada entre a mulher, família e médico⁵ e é influenciada por diversos fatores, tais como idade gestacional, condições e recursos da maternidade, história obstétrica anterior, preferências pessoais da gestante, opinião dos profissionais de saúde, cultura e contexto socioeconômico.

Cabe ressaltar que o nascimento por via abdominal possui diversos benefícios para a saúde materno-infantil quando indicada de forma correta, a exemplo de casos de emergência obstétrica, como a pré-eclâmpsia grave ou o descolamento prematuro da placenta. Entretanto, fica claro com diversos estudos que, em situações nas quais não há indicação adequada de cesárea, o parto cirúrgico triplica a morbidade e mortalidade materna e infantil⁶⁻¹⁴. Um estudo realizado em 19 países, que avaliou a mortalidade materna, neonatal e infantil em relação às taxas de cesariana, demonstrou que as curvas de mortalidade neonatal e infantil se estabilizam após a taxa de cesariana ultrapassar os 10%¹⁵. Por outro lado, a mortalidade materna parece aumentar em taxas de cesariana superiores a 15%¹⁶. O nascimento por via abdominal também pode interferir no vínculo entre mãe e bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher, além de possíveis repercussões de longo prazo para a saúde da criança¹⁷. Embora as complicações maternas graves decorrentes da cesariana sejam pouco comuns, quando esse procedimento é realizado em larga escala, centenas de milhares de vezes por ano, é possível observar um número expressivo de complicações cirúrgicas graves⁴. Por outro lado, o parto vaginal é recomendado para a maioria das gestações, oferecendo menos riscos de complicações – como infecções puerperais e histerectomia⁸, com menor tempo de recuperação e maior chance do estabelecimento da amamentação e do desenvolvimento de laços afetivos entre a mãe e a criança. Infelizmente, ainda há muitas barreiras e desafios para a promoção dessa via no Brasil, incluindo a falta de informações durante o pré-natal, o medo disseminado da dor do parto e o modelo médico centrado na intervenção e na medicalização do parto.

Por outro lado, o governo brasileiro criou diversas ferramentas para estimular médicos e gestantes a optar pelo parto vaginal como tentativa de impedir o aumento descontrolado de cesarianas no país. Dentre essas, podemos citar a Rede Cegonha, o programa Parto Adequado e o projeto “APICE ON” (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia). A Rede Cegonha é rede de cuidados proposta pelo governo federal que assegura o direito da gestante à assistência humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, bem como à criança o direito ao

nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis¹⁸. O programa Parto Adequado foi desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em colaboração com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, buscando educar sobre a gestação e parto vaginal seguro com informações baseadas em evidências, valorizando o parto e, portanto, reduzindo percentual de cesáreas sem indicação clínica nos hospitais privados¹⁹. Já o projeto APICE ON propõe a qualificação dos profissionais de saúde quanto à atenção e ao cuidado com o parto e nascimento, planejamento reprodutivo em centros de ensino e hospitais universitários no âmbito da Rede Cegonha, incorporando modelos com prática da medicina baseada em evidências, humanização, segurança e garantia de direitos²⁰. Infelizmente, devido a questões de distribuição de recursos e acesso à saúde, que diferem nas mais diversas regiões, a aplicação dessas ferramentas não é uniforme em todo território nacional.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a evolução das taxas de cesárea na cidade de Florianópolis comparando com as do Brasil de 2010 a 2019.

2.2. Objetivos Específicos:

Descrever as características da população que teve filhos vivos no período do estudo e comparar Florianópolis com o Brasil (exceto Florianópolis).

Traçar a série histórica e a linha de tendência das taxas de cesariana no Brasil e em Florianópolis.

Comparar as taxas de cesárea entre o Brasil e Florianópolis.

Calcular o OR, RR e respectivos IC de ter uma cesariana em Florianópolis e no Brasil (exceto Florianópolis).

3. MÉTODO:

3.1. Tipo de estudo e participantes

Esse é um estudo ecológico descritivo feito com dados secundários coletados do DATASUS, em que se avaliou o número de nascimentos por via de parto entre 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2019 na cidade de Florianópolis e no Brasil.

3.2. Fonte de dados e variáveis do estudo

Todos os dados foram coletados por meio do TABNET/DATASUS no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Sendo que as informações contidas nesse sistema de informação são provenientes das Declarações de Nascidos Vivos do respectivo período. A população estudada inclui os nascidos vivos da cidade de Florianópolis e do Brasil. Não foram analisados os partos com via de nascimento ignorada.

Para a coleta de informações de nascidos vivos, foi acessado o site DATASUS, no qual podemos acessar a ferramenta online TABNET. Nesta, foi acessada a aba de “Estatísticas Vitais” e em seguida, “Nascidos Vivos desde 1994”. Seleciona-se então a abrangência “Brasil por municípios”. A partir dessa seleção, foram aplicadas as variáveis “Ano”, “Tipo de parto” e “Nascimento por Residência da Mãe”, selecionou-se o período dos dados (2010-2019) e, no caso dos dados de Florianópolis, adicionou-se “Florianópolis” na aba “Capital”. As informações referentes à Florianópolis e Brasil foram coletadas no primeiro semestre de 2023.

3.3. Análise de dados e estatísticas

Os dados foram tabulados em uma planilha Excel e as proporções de cesáreas foram calculadas por meio da equação: número de nascidos vivos por cesárea em mães residentes no local (Florianópolis e Brasil) (NVC_f e NVC_B), no ano, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local (NVT) e ano, multiplicado por 100.

$$\text{Proporção de cesáreas} = \frac{NVC}{NVT} \times 100$$

Não foram considerados os tipos de partos registrados como ignorados. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$. A partir dessas proporções, foram criados gráficos e tabelas presentes nesse estudo.

Os gráficos de tendência temporal das proporções de cesáreas ao longo do tempo foram feitos utilizando-se modelos de regressão linear simples. Foram calculadas as Razões de Chance (RC) ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% de cada ano analisado. A RC foi calculada pela divisão entre a fração de Nascidos Vivos por Cesáreas no Brasil (NVC_B) e Nascidos Vivos por Parto Vaginal no Brasil (NVV_B) dividido pela fração de Nascidos Vivos por Cesáreas em Florianópolis (NVC_F) e Nascidos Vivos por Parto Vaginal em Florianópolis (NVV_F).

$$RC = \frac{NVC_B}{NVV_B} \div \frac{NVC_F}{NVV_F}$$

Esse cálculo foi repetido para cada ano analisado.

Já para encontrar os intervalos de confiança foi por meio da plotagem da seguinte equação no Excel:

$$IC = e^{\ln(OR) \pm 1,96 \sqrt{\frac{1}{NVV_B} + \frac{1}{NVC_B} + \frac{1}{NVV_F} + \frac{1}{NVC_F}}}$$

A Razão de Risco (RR) foi obtida por meio da seguinte equação:

$$RR = \frac{NVC_B}{NVTB} \div \frac{NVC_F}{NVTF}$$

3.4. Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de um estudo utilizando como fonte os dados secundários coletados numa plataforma de domínio público e sem possibilidade de identificação dos indivíduos, essa pesquisa não necessitou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

4. RESULTADOS:

No total foram avaliados 29.157.184 nascimentos no Brasil ao longo de dez anos (de 2010 a 2019). Os nascidos vivos cuja via de parto foi ignorada foram excluídos (n=39319; <0,05% do total estudado), restando 29117865. Na tabela 1, podemos observar o perfil demográfico das parturientes do período.

Tabela 1- Perfil demográfico das gestantes em Florianópolis e no Brasil, 2010 a 2019.

	Florianópolis				Brasil			
	N= 58830	Vaginal (n= 28244)	Abdominal (n=30586)	% de cesárea	N= 29117865	Vaginal (n=12961821)	Abdominal (n= 16156044)	% cesárea
Tipo de parto segundo cor/raça								
Branca	49.845	22.986	26.859	54,81	10.783.127	3.631.93	7.151.19	66,32
Preta	3.763	2.223	1.540	40,86	1.422.131	730.441	691.690	48,64
Amarela	110	66	44	39,64	106.758	45.690	61.068	57,2
Parda	3.512	1.998	1.514	43,06	15.460.364	7.885.085	7.575.279	49
Indígena	38	19	19	50	224.974	181.624	43.350	19,27
Ignorado	1.562	952	610	38,90	1.120.511	487.048	633.463	56,53
Tipo de parto segundo idade da mãe								
Menor de 10 anos	-	-	-	-	12	8	4	33,33

10 a 14 anos	212		160	52	24,53	252.349	156.357	95.992	38,04
15 a 19 anos	5867		4.139	1.728	29,45	4.941.113	2.986.279	1.954.834	39,56
20 a 24 anos	11462		7.040	4.422	38,58	7.425.307	3.815.236	3.610.071	48,62
25 a 30 anos	13399		6.695	6.704	50,03	7.052.979	2.912.891	4.140.088	58,7
30 a 34 anos	15567		6.149	9.418	60,5	5.690.251	1.930.631	3.759.620	66,07
35 a 39 anos	9960		3.320	6.640	66,67	2.987.723	917.819	2.069.904	69,28
40 a 44 anos	2241		708	1.533	68,41	719.596	225.836	493.760	68,62
45 a 49 anos	118		33	85	72,03	44.403	14.964	29.439	66,3
50 a 54 anos	4	-		4	100	2.854	1.068	1.786	62,58
55 a 59 anos	-	-	-	-	-	439	198	241	54,9
60 a 65 anos	-	-	-	-	-	161	77	84	52,17
65 a 69 anos	-	-	-	-	-	25	17	8	32

Tipo de parto segundo escolaridade

Nenhuma	46	31	15	32,61	194.272	143.753	50.519	26
1 a 3 anos	1.893	1.286	607	32,07	977.550	627.117	350.433	35,85
4 a 7 anos	9.140	6.150	2.990	32,71	5.723.854	3.365.512	2.358.342	41,2
8 a 11 anos	23.218	12.624	10.594	45,63	16.468.101	7.515.079	8.953.022	54,37
12 anos e mais	24.158	7.936	16.222	67,15	5.289.694	1.086.959	4.202.735	79,45

Ignorado	375	217	158	42,13	464.394	143.753	50.519	51,89
----------	-----	-----	-----	-------	---------	---------	--------	-------

FONTE: elaborado pelo autor com dados do SINASC

No Brasil, 55,41% do total de nascimentos nesses 10 anos ocorreram por cesárea, sendo 2014 o ano com a maior proporção de cesárea (57,07%), como pode ser visto na tabela 2 abaixo. A proporção de nascimentos cesáreos variou de 52,34% em 2010 a 56,34% em 2019 (média de 55,48%). Houve uma diminuição de 5% dos partos totais e um aumento de 7% de cesarianas no período analisado.

Já em Florianópolis, foram avaliados 58.913 nascimentos entre os anos de 2010 a 2019, podendo ser analisados na Tabela 2. Os nascidos vivos sem a classificação da via de parto (n=83; <0,05% do total) foram desconsiderados, sendo analisados, portanto, 58.830 nascimentos.

Florianópolis teve 51,92% dos nascimentos por via cesárea no período. O ano com a maior proporção de nascimentos cesáreos foi 2011 com 56,47%, enquanto a menor foi no ano de 2018 com 49,32%. A proporção de nascimentos por cesariana mostrou-se inferior à proporção brasileira a partir de 2012, com uma proporção média de 52,14%. Ao comparar os dados absolutos da capital no ano de 2019 com os dados de 2010, observa-se um aumento de 16% dos nascimentos e de 4% das cesarianas na capital catarinense no período analisado, apresentados na tabela 2 e gráfico 1.

Tabela 2 - Via de Nascimentos em Florianópolis e no Brasil durante o período de 2010 a 2019

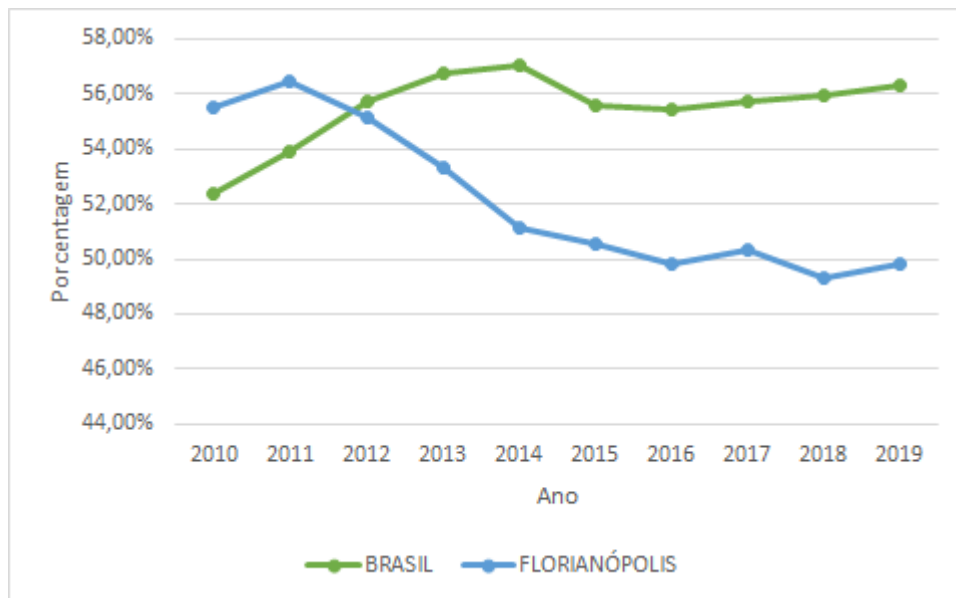
Ano	Florianópolis				Brasil				p (0,05)
	N = 58830	Vaginal (N=28244)	Abdominal (N=30586)	% cesárea	N = 2911786	Vaginal (n=12961821)	Abdominal (N=16156044)	%Cesárea	
2010	5.294	2.354	2.940	55,53	2.858.321	1.362.287	1.496.034	52,34	p<0,001

Ano	Florianópolis				Brasil				p (0,05)
	N = 58830	Vaginal (N=28244)	Abdominal (N=30586)	% cesárea	N = 29117865	Vaginal (n=12961821)	Abdominal (N=16156044)	%Cesárea	p
2011	5.440	2.368	3.072	56,47	2.905.888	1.340.324	1.565.564	53,88	p<0,001
2012	5.478	2.456	3.022	55,17	2.899.474	1.283.546	1.615.928	55,73	p=0,709
2013	5.620	2.625	2.995	53,29	2.898.283	1.253.726	1.644.557	56,74	p<0,001
2014	5.806	2.836	2.970	51,15	2.975.129	1.277.175	1.697.954	57,07	p<0,001
2015	6.134	3.033	3.101	50,55	3.013.731	1.339.673	1.674.058	55,55	p<0,001
2016	6.230	3.125	3.105	49,84	2.855.364	1.272.411	1.582.953	55,44	p<0,001
2017	6.353	3.154	3.199	50,35	2.921.336	1.294.034	1.627.302	55,70	p<0,001
2018	6.352	3.219	3.133	49,32	2.943.046	1.295.541	1.647.505	55,98	p<0,001
2019	6.123	3.074	3.049	49,8	2.847.293	1.243.104	1.604.189	56,34	p<0,001

FONTE: elaborado pelo autor com dados do SINASC

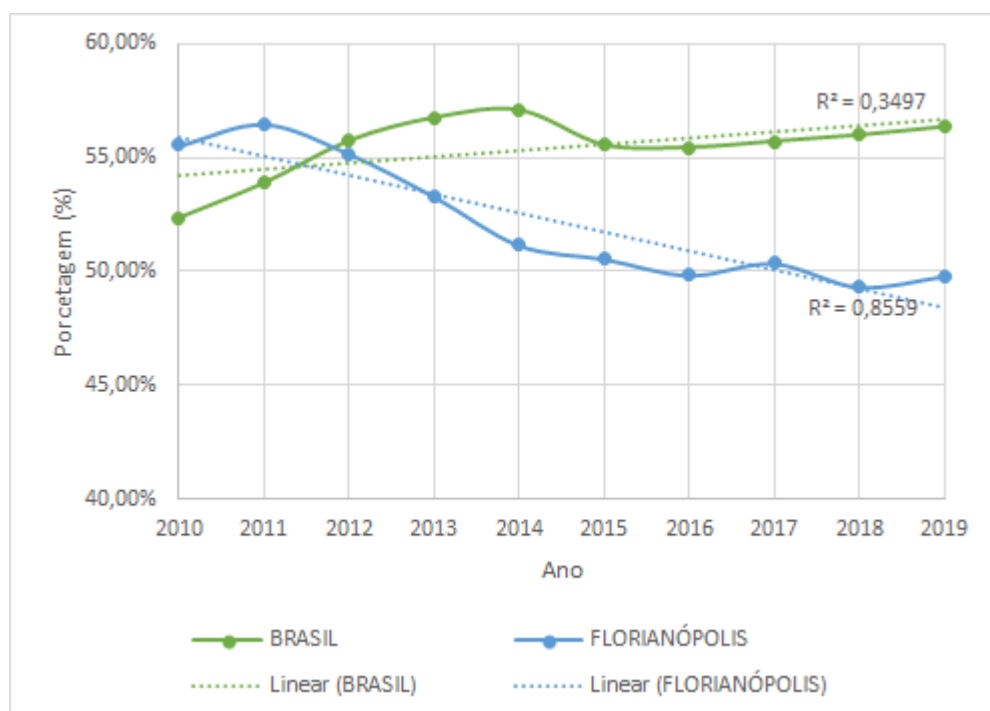
O gráfico 1 mostra a comparação das proporções de nascimentos por cesariana no Brasil em Florianópolis. E a tendência das proporções de nascimentos cesáreos por nascidos vivos no Brasil e em Florianópolis ao longo desses 10 anos.

Figura 1. Taxas de Cesáreas em Florianópolis e no Brasil de 2010 a 2019.



FONTE: elaborado pelo autor com dados do SINASC 2010-2019

Figura 2. Linha de tendência das taxas de cesarianas Florianópolis e Brasil. 2010-2019

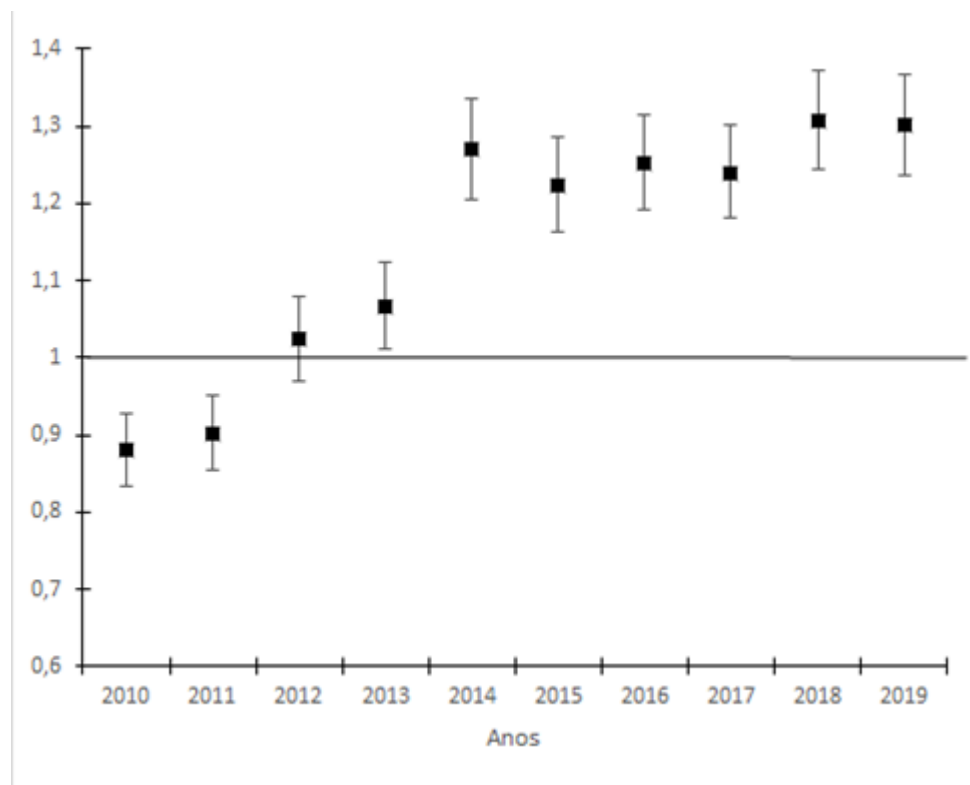


FONTE: elaborado pelo autor

É possível observar que a proporção brasileira de nascimentos por via cesárea é crescente ao longo da década analisada, apresentando um ápice em 2015, seguida por uma queda no ano seguinte. Entretanto, quando observamos a proporção de Florianópolis, nota-se que as proporções seguiram a tendência de queda desde 2011, tendo apenas uma pequena elevação em 2019. Como apontado na imagem, a proporção de nascimentos cesáreos por nascidos vivos no Brasil possui um R^2 de 0,5231, indicando que cerca 52,31% das proporções apuradas se aproximam da linha de regressão ajustada. Já a proporção da capital há um R^2 de 0,8559, demonstrando que os dados possuem grande proximidade com a tendência apurada desses 10 anos analisados.

A Razão de Chances (RC) de nascer por cesariana no Brasil em todo o período é de 1,15 (intervalo de confiança de 95%: 1,13 - 1,17). A Razão de Risco (RR) encontrada foi de 1,07. A figura 3 mostra o cálculo de RC anual brasileira.

Figura 3. Razão de Chances (RC) e intervalos de Confiança (95%) de nascer por cesariana de 2010-2019 – Brasil



FONTE: elaborado pelo autor com dados do SINASC

Já sobre os resultados da Razão de Risco anual podem ser observados na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 - Razão de Risco de realizar cesárea em Florianópolis e no Brasil excetuando Florianópolis durante o período de 2010 a 2019

Ano	Razão de Risco	
	Brasil	Florianópolis
2010	0,94	1,06
2011	0,95	1,05
2012	1,01	0,99
2013	1,03	0,97
2014	1,12	0,90
2015	1,10	0,91
2016	1,11	0,90
2017	1,11	0,90
2018	1,13	0,88
2019	1,13	0,88

FONTE: elaborado pelo autor com dados do SINASC

5. DISCUSSÃO:

Este estudo avaliou as proporções e tendência temporal das cesáreas durante os dez anos e percebe-se que tanto em Florianópolis quanto no Brasil, a proporção de nascimentos por via cesárea se manteve elevada, sendo a forma prevalente de nascimento.

É interessante notar que as proporções de Florianópolis e Brasil anteriormente a 2012 seguiam uma tendência de aumento: até este ano, mulheres que residiam fora de Florianópolis tinham uma chance menor de ter um parto por via abdominal. A tabela 2 e a figura 3 demonstram que há uma diferença significativa em todos os anos, exceto no ano 2012 – a RC em 2010 foi de 0,88 (intervalo de confiança de 95%: 0,83 - 0,93) e em 2011 foi de 0,90 (intervalo de confiança de 95%: 0,85 - 0,95). Entretanto, a partir de 2012, a RC permaneceu superior a 1, atingindo um pico em 2018 (OR: 1,31; intervalo de confiança de 95%: 1,24 - 1,37), indicando que as mulheres brasileiras que não residiam em Florianópolis tinham 31% a mais de chance de fazer cesariana. Além do mais, percebe-se que o risco de mulheres que residiam fora de Florianópolis de realizarem cesarianas aumentou ao longo do tempo, como pode ser observado na Tabela 3. Assim, apesar da capital catarinense apresentar uma queda relevante nas proporções de parto cirúrgico, ainda está consideravelmente longe da meta estabelecida como ideal.

Existem várias possíveis motivações por trás da alta proporção de cesáreas no país, sendo importante considerar a influência da escolha da gestante sobre esse número. Observou-se que o perfil predominante das mulheres que optam pela cesárea é composto por mulheres brancas, mais velhas, com alta renda e maior nível de escolaridade, demonstrado na tabela 1 e em diversos estudos feitos sobre o assunto no país^{21, 22}. Esse perfil de gestante é aquele que majoritariamente utiliza planos de saúde para acompanhamento do pré-natal e parto, já que ainda há desconfiança sobre a qualidade do serviço à saúde oferecido pelo SUS e sua disponibilidade na maioria das cidades afastadas de grandes centros. Porém Florianópolis vai de encontro a essa estatística, uma vez que possui uma população obstétrica predominantemente branca e com maior escolaridade e, mesmo assim, tem uma proporção de cesarianas menor que a média nacional, vide tabela 5. Florianópolis também não segue a tendência da região sul do país, uma vez que Hopkins et al²³ demonstraram uma chance 65% maior de gestantes realizarem cesáreas ao residir no Sul. Por outro lado, é notável que gestantes sem nenhum nível de escolaridade apresentam uma taxa reduzida de cesariana. Essa observação pode ser atribuída

ao fato de que a baixa escolaridade geralmente está associada a uma renda menor. Assim, torna-se mais difícil para essas mães terem acesso ao parto cesáreo, dado que este geralmente implica em custos financeiros mais elevados²⁴.

Historicamente, a cesárea passou a ser considerada como um cuidado à saúde de alta qualidade a partir do momento em que o sistema de previdência social passou a pagar mais por tal procedimento em detrimento do parto vaginal, na década de 1970. Assim, a preferência das classes mais abastadas por cesáreas reforça a percepção de que o parto cirúrgico oferece mais benefícios que o parto vaginal, já que é um procedimento de maior valor^{22, 25}. Essa preferência persiste até os dias de hoje, como podemos observar pela taxa de 80% de cesárea da rede privada.

Além disso, a influência exercida pela família desempenha um papel significativo na tomada de decisão da gestante²⁶. Parentes que tenham passado por experiências desfavoráveis durante o parto vaginal ou que considerem a cesariana mais conveniente tendem a favorecer essa opção como uma escolha positiva. Em contrapartida, essa mesma influência pode promover o parto vaginal e reinterpretar a experiência da dor do parto como um evento a ser vivenciado, como é observado entre as parturientes da etnia Bororo, por exemplo²⁷. Essa realidade se torna evidente ao analisarmos os dados do Brasil, onde apenas 19% das parturientes indígenas optaram por cesarianas.

Ademais, a crescente participação da mulher no mercado de trabalho desempenhou um papel crucial na ascensão da cesariana como uma alternativa mais conveniente e eficiente diante de um evento natural e fisiológico como o parto. A capacidade de agendar antecipadamente a data e o horário para a realização da cesariana oferece não apenas uma sensação de controle sobre o processo, mas também se alinha com as demandas muitas vezes imprevisíveis e agitadas da vida profissional. Nesse contexto, a comodidade proporcionada pela cesariana torna-se uma vantagem substancial, especialmente para mães que buscam um retorno expedito às suas atividades laborais, facilitando a conciliação entre a maternidade e as exigências da carreira²⁸.

Em contrapartida, estudos demonstraram que a maioria das gestantes tem preferência por parto vaginal, o que vai de encontro às altas taxas de cesáreas no país²⁹⁻³¹. DOMINGUES et al demonstra em seu artigo que inicialmente cerca de 70% das gestantes preferem um parto vaginal, porém apenas 30% delas conseguem realizar esse tipo de parto, portanto há uma discrepância entre a preferência inicial e o desfecho do parto³². Essa discrepância pode estar relacionada a intercorrências do trabalho de parto, mas devido a alta incidência, deve ser considerado que há impedimentos para que o parto vaginal ocorra, assim como a influência de obstetras durante a escolha da via de parto^{31, 32}.

Somado aos fatores socioeconômicos e culturais já mencionados, a tocofobia também desempenha um papel significativo na preferência pela cesárea, já é que uma das principais motivações para a escolha dessa via³². A tocofobia é definida como o medo severo da dor no trabalho de parto, de sofrer lacerações e de morrer e, frequentemente, tornam a parturiente vulnerável a práticas médicas mais intervencionistas^{5, 33}. Estima-se que no mundo a tocofobia possui uma prevalência entre 3,7% e 43%, e cerca de 31% das gestantes possuem medo do parto intenso e fobia³⁴. Esse medo exacerbado não tem causas claras na maioria dos casos, mas pode ser associado a imagens negativas do parto na mídia e falta de informações fornecidas em consultas de pré-natal. Estudos demonstraram que mulheres que preferiam um parto cesariano eletivo tinham maiores níveis de medo do parto, maior ansiedade pré-natal e maiores índices de transtorno de estresse pós-traumático do que aquelas que se submetiam ao parto vaginal, porém a oferta de cesárea eletiva não diminuía o grau de depressão e ansiedade pré-natal nessas mulheres³⁵.

Contudo, o fator mais significativo na hora de escolha da via pelas parturientes é a qualidade de informações dadas pelo profissional de saúde durante o pré-natal. Segundo as orientações do Ministério da Saúde, a parturiente deve ser informada sobre as etapas da evolução da gestação e do parto, além de receber orientação adequada sobre os riscos e benefícios de cada opção de parto³⁶ juntamente com a discussão individualizada das preferências da gestante. Entretanto, mesmo com a maioria das consultas terem sido feitas com um médico^{37, 38}, menos da metade das gestantes citaram orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto como um dos tópicos abordados na consulta de pré-natal, sendo principalmente referidas por mulheres da região Sul^{37, 39}. Muitas parturientes não são orientadas quanto à duração do trabalho de parto e a fisiologia desse processo, como a dor e a possibilidade de analgesia durante o trabalho de parto vaginal. Também deixam de ser informadas quanto à dor pós-operatória decorrente de abordagens cirúrgicas como a cesárea⁵. Isso demonstra um despreparo dos profissionais de saúde para orientar e repassar as informações necessárias para que a gestante faça uma decisão informada acerca de qual via de parto é mais benéfica para ela.

Infelizmente, muitas vezes os médicos acabam intensificando o medo da dor das pacientes e utilizando isso como mecanismo de persuasão para a aceitação passiva da mulher à cesárea^{31, 33, 40}. Neste contexto, é relevante examinar as possíveis motivações que impulsionam a preferência dos profissionais de saúde por procedimentos cirúrgicos. Essa postura pode ser atribuída a uma influência histórica, vigente até 1980, quando os médicos recebiam uma remuneração mais substancial ao realizar cesarianas por meio do INAMPS. Esse interesse econômico em realizar partos abdominais persiste mesmo que a remuneração de cesáreas e

partos vaginais sejam virtualmente iguais atualmente, uma vez que a capacidade de agendar esses procedimentos permite a realização de vários deles em um único dia^{22, 31, 37, 41, 42}. Isso resulta em uma maior receita para os profissionais de saúde, já que são remunerados por cada procedimento realizado. Dessa maneira, torna-se compreensível o interesse dos obstetras da rede privada em favorecer o parto por cesariana^{32, 43}. Tal postura adotada por tais profissionais fica explícita no trabalho feito por Barros et al²², no qual é demonstrado que a maioria dos partos abdominais ocorreram em dias úteis, em horários comerciais, poupando os fins de semana.

Entretanto, muito se argumenta que os médicos não se sentem preparados para lidar com as possíveis intercorrências do parto vaginal e que o ambiente cirúrgico da cesariana traria conforto⁴⁴, além da praticidade de agendar o horário do procedimento⁵. Essa postura pode ser motivada pela falta de compreensão das indicações apropriadas para a cesariana ou pode derivar de uma prática médica defensiva^{40, 43, 45, 46}, frequentemente impulsionada pelo medo de processos judiciais contra o profissional. Esse receio muitas vezes leva os profissionais de saúde a influenciar as parturientes a optarem pela cesárea, mesmo diante de evidências científicas que demonstram os aumentos de riscos e complicações associados a esse método quando realizado sem justificativa clínica adequada. As consequências disso podem ser observadas em Florianópolis, onde um leve aumento nas taxas de cesarianas em 2019 resultou em um aumento correspondente na taxa de nascimentos prematuros, superando as de outras cidades do estado⁴⁷.

Ainda assim, existência da lei estadual paulista e paranaense de cesárea a pedido - que permite que gestantes optem por cesariana sem indicação médica- abre precedência para essas práticas e sustenta a argumentação de médicos que preferem fazer a cesárea mesmo sem indicação e se escondem por trás da “preferência da parturiente”. O impacto desse tipo de lei - que é inconstitucional perante a lei federal- pode ser visto na alta proporção de cesarianas em Curitiba: a taxa de partos abdominais chega a 61,66% no ano 2013 e, de 2010 a 2019, houve um aumento de 10%⁴⁸. Já houve diversos projetos de lei semelhantes a esse em Florianópolis, porém tais projetos foram barrados com pareceres coerentes com orientações do Ministério da Saúde e da OMS.

Também podemos considerar que a postura intervencionista adotada por alguns obstetras pode ser atribuída à formação médica. Desde os primeiros anos na faculdade de medicina, os profissionais são instruídos a abordar eventos da vida através de uma perspectiva patológica. Isso resulta na percepção de que a incerteza e o imprevisível associados ao trabalho de parto são fontes de apreensão para os profissionais de saúde, levando a uma preferência pela cesariana como meio de evitar essas incertezas⁴⁹. A motivação para evitar desfechos adversos

muitas vezes guia as intervenções de maneira a descartar por completo a opção do parto vaginal, negligenciando as possíveis complicações decorrentes desse procedimento cirúrgico⁵⁰.

Podemos argumentar que a qualidade da saúde pública de Florianópolis é um importante fator a ser considerado. Conforme demonstrado pelo estudo Desafios da Gestão Municipal de 2021 – uma análise da evolução recente das 100 maiores cidades brasileiras a partir de índices de qualidade de vida da população relacionados à oferta de serviços essenciais no âmbito das prefeituras –, a cidade ocupa a posição de destaque no ranking de saúde entre as 100 maiores cidades do país, apresentando uma taxa de cobertura da atenção básica superior a 90% durante o período de análise. Adicionalmente, cerca de 80% dos nascidos vivos na cidade possuíam sete ou mais consultas de pré-natal durante a gestação, um percentual 6% acima da média das 100 maiores cidades do Brasil⁵¹. Dessa forma, a elevada cobertura da atenção básica, aliada ao expressivo índice de acompanhamento pré-natal e à presença de profissionais qualificados para tais procedimentos, desempenha um papel de suma importância na orientação das mulheres em relação à escolha da via de parto.

Além disso, é possível associar o fato de Florianópolis ter mais leitos públicos que privados exerce influência na proporção de cesarianas, fazendo com que essa seja menor que a média nacional. Na capital catarinense, há cinco maternidades, sendo contabilizados 109 leitos no total em dezembro de 2019. Dessas, mais da metade são voltadas ao SUS⁵². Considerando que o nascimento na rede privada tem quatro vezes mais chances de ser por via abdominal^{3, 32, 53}, o fato dos leitos em Florianópolis serem majoritariamente públicos poderia ser um fator protetivo.

Outro fator que destaca Florianópolis de outras capitais é o fato de que a cidade capital abriga uma instituição de ensino superior federal, considerada a oitava melhor instituição de ensino superior do Brasil⁵⁴, implicando na disponibilidade de profissionais altamente qualificados, que são capazes de discernir de forma apropriada a pertinência das intervenções cirúrgicas cesarianas em situações clínicas específicas, além de fornecer informações adequadas às gestantes durante o pré-natal.

Assim, os resultados apresentados nesse estudo vão ao encontro com a informação de que o Brasil é um dos países que mais realiza partos por via cesárea no mundo⁵⁵, com uma proporção de cesarianas equivalente ao dobro do recomendado pela OMS e pelas normas nacionais, que estabelecem que cada estado tenha no máximo 25% de nascimentos por cesárea⁵⁶. Entretanto, verifica-se que, apesar da proporção de partos abdominais de Florianópolis em muito ultrapassar o ideal estabelecido tanto pela OMS quanto pelo ministério

da saúde brasileiro, a capital catarinense apresenta uma queda gradual na taxa de cesáreas ao longo do período.

6. CONCLUSÃO:

Os dados obtidos a partir desse estudo ecológico da série histórica permitem constatar que:

1. Florianópolis vêm tendo aumento no número de nascimentos, em contrapartida o Brasil teve uma diminuição.
2. Florianópolis teve uma queda na proporção de cesáreas, enquanto o Brasil teve um aumento ao longo do período.
3. Gestantes que residem fora de Florianópolis têm uma chance maior de fazer cesarianas do que as gestantes que residem na capital catarinense.
4. Mulheres brancas, com maior idade, escolaridade e renda tendem a fazer cesarianas. Entretanto, as mulheres que residem em Florianópolis e se encaixam nesse perfil não seguem essa tendência.
5. Pode-se considerar que as estratégias nacionais para reduzir os partos cirúrgicos desnecessários tiveram relativo sucesso na cidade de Florianópolis.

Entre as limitações do estudo, podemos citar que a fonte secundária de dados está passível de erros de preenchimento e não permite o estabelecimento de uma relação causal com precisão.

REFERÊNCIAS:

1. Medeiros RC, Filho OBM, de Rezende FJ, Bottino NG, Piragibe P, Lima DT, et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. FEMINA. 2010;38:482.
2. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos - Natalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DANTPS - SVS/MS. Published 2019. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [Internet]. Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Acessado em: [15 de janeiro de 2024]
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: 2016 [Internet]. [acesso em 2017 nov 14]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesarian_a_N179.pdf
5. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores Determinantes Para A Preferência Da Mulher Pela Cesariana. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000430014>
6. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2006 Sep;108(3 Pt 1):541-8. PMID: 16946213.
7. Joseph KS, Liu S, Rouleau J, Kirby RS, Kramer MS, Sauve R, et al. Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2010 Sep;32(9):837-46. PMID: 21050516.
8. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007 Feb 13;176(4):455-60. doi: 10.1503/cmaj.060870. PMID: 17296957.
9. Weindling AM: "The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH) Archives of Disease in Childhood" 2003;88:1034-1037.
10. Kilsztjan S, Carmo MS, Machado LC Jr, et al. Cesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132(1):64–9.
11. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saude Publica*. 2017;51:105.
12. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2010 Apr;30(4):258-64. PubMed PMID: 19812591.

13. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1995 Aug;149(8):862-7. PubMed PMID: 7633538.
14. Tefera M, Assefa N, Mengistie B, Abrham A, Teji K, Worku T. Elective Cesarean Section on Term Pregnancies Has a High Risk for Neonatal Respiratory Morbidity in Developed Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pediatr*. 2020 Jun 25;8:286. doi: 10.3389/fped.2020.00286. PMID: 32670995; PMCID: PMC7330011
15. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO; 2015.
16. Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-44. <https://doi.org/10.1111/birt.12104>
17. NICE. Caesarean section. 2011: www.nice.org.uk/guidance/CG55. London - UK
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto Adequado [Internet]. 2015. Disponível: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado>
20. Portal da Saúde. Ministério da Saúde lança Projeto Apice ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e neonatologia. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>
21. Dias BAS et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(6):e00073621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621> <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN073621>. ISSN 1678-4464
22. 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* [Internet]. 2011 Aug;45(4):635–43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>
23. Hopkins K, de Lima Amaral EF, Mourão AN. The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. *Birth*. 2014 Jun;41(2):169-77. doi: 10.1111/birt.12106. PMID: 24684250; PMCID: PMC4426198
24. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 Jul;17(4):1025–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400037>
25. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002;324(7343):942-5. DOI:10.1136/bmj.324.7343.942
26. Libera BD, Saunders C, Santos MMA de S, Rimes KA, Brito FR dos S de S, Baião MR. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 Dec;16(12):4855–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300034>
27. Knupp Medeiros, RM, Grando BS. Analysis Bororo birth: cultural aspects of labor pain. *O Mundo Da Saúde*. 2016;40(2):160–168. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/270>

28. Guimarães NM, Freitas VCS, de Senzi CG, et al. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes / Childbirths under the unified health system (SUS) of Brazil: prevalence and profile of parturients. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(2):11942–11958 <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>
29. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves A de C. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018;22(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>
30. Potter J E, Berquó E, Perpétuo I H O, Leal O F, Hopkins K, Souza M R et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study *BMJ* 2001; 323 :1155 doi:10.1136/bmj.323.7322.1155
31. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*. 1º de setembro de 2000;51(5):725–40.
32. 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* [Internet]. 2014;30:S101–16. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
33. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anestesiol*. 2011;61(3):382-8. doi: 10.1590/S0034-70942011000300014. Epub 2011 May 26. PMID: 21609802. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000300014>
34. Mello RS, Toledo SF, Mendes AB, Melerato CR, Mello DS. Medo do parto em gestantes. *Femina*.2021;49(2):121-8
35. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jun 19;17(1):195. doi: 10.1186/s12884-017-1371-z. PMID: 28629393; PMCID: PMC5477251
36. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
37. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV da, et al.. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014;30:S85–100. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
38. Mendes RB, Santos JM de J, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciênc saúde coletiva* [Internet].
39. Anversa, E. T. R., Bastos, G. A. N., Nunes, L. N., & Dal Pizzol, T. D. S. (2012). Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 789-800.]
40. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008 Mar;35(1):33-40. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00209.x. PMID: 18307486.
41. Murray S F. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study *BMJ* 2000; 321 :1501 doi:10.1136/bmj.321.7275.1501
42. Magalhães MM, Melo CPG, Menezes Filho N, Komatsu BK. Os determinantes da realização de cesáreas no Brasil. *Policy Paper* 2019; 41:1-28

43. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN da, 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* [Internet]. 2008Sep;13(5):1521–34. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>
44. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):39-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>
45. Rodrigues JCT, Almeida IESR, Neto AGDO, Moreira TA. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Rev Multitexto*. 2016;4(1)
46. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Rev Diagn Tratamento*. 2009;14(4):133-7.
47. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Nascidos vivos no Estado de Santa Catarina. Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico. Ed. Especial. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2022
48. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022
49. Tesser CD, Knobel R, Rigon T, Bavaresco GZ. Os médicos e o excesso de cesareanas no Brasil. *Saúde Transformação Soc*. 2011;2(3):4-12. Available from: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/1088>.
50. Mauadie RA, Pereira AL de F, Prata JA, Mouta RJO. Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2022;26:e220103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220103>
51. Desafios dos Municípios - Top 100 maiores municípios brasileiros - Macroplan [Internet]. [citado 20 de dezembro de 2023]. Disponível em: <http://www.desafiosdosmunicipios.com.br/>
52. Ministério da Saúde. DATASUS. Secretaria de atenção à saúde. Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=42&VMun=420540
53. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR da, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010Feb;44(1):80–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100009>
54. **Top Universities**. World University Rankings. [Internet]. Disponível em: <https://www.topuniversities.com/world-university-rankings>. Acessado em: [30 de dezembro de 2023]
55. Knobel R, Lopes TJP, Menezes MDO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto MLS. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2020 Sep 1;42(9):522–8]
56. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dimensão “Atenção à Saúde” - 2a fase Taxa de Parto Cesáreo. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf> Acesso em 17 Jan 2024.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em de 2024.