

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

AMÁLIA DE CAMPOS GONÇALVES

**CIRURGIA CESARIANA NO SUS:
ANÁLISE SOCIOECONÔMICA DE 1995 a 2015.**

Florianópolis, 2015.

AMÁLIA DE CAMPOS GONÇALVES

**CIRURGIA CESARIANA NO SUS:
ANÁLISE SOCIOECONÔMICA DE 1995 a 2015.**

Monografia submetida ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado.

Orientador: Guilherme Valle Moura

Florianópolis, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

A Banca Examinadora resolveu atribuir a nota 9,0 à aluna Amália de Campos Gonçalves na disciplina CNM 7107 – Monografia, pela apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:

Prof. Guilherme Valle Moura

Prof. Eva Yamila Amanda da Silva Catela

Prof. Liana Bohn

AGRADECIMENTOS

Mais um ciclo da vida vai se completando para o início de muitos outros e tudo isso só está sendo possível graças a todos vocês:

Gratidão ao meu Deus e a Nossa Senhora pela minha vida e pela minha saúde. Gratidão aos meus anjos e anjas e a todos os seres que me guardam, me guiam, me iluminam e me protegem.

Agradeço a minha amada família, em especial a minha Mãe e ao meu Pai, por patrocinarem os meus estudos, por me proporcionarem as melhores oportunidades e principalmente por me amarem e me apoiarem incondicionalmente e me darem os melhores exemplos e ensinamentos. Eu os amo muito.

Obrigada aos meus filhos de quatro patas, Fofinha Maria e Neguinho José, vocês me doam a amizade mais sincera e o amor mais grato.

Ao meu companheiro preferido, meu namorado Vittor Soares Rocha, obrigada pela ajuda, paciência, apoio, amor e carinho durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina, aos professores e aos servidores, pelos aprendizados, conhecimentos e experiências que, sem dúvidas, levarei pra vida inteira. Em especial, agradeço ao professor Guilherme Valle Moura pelo conhecimento, pela dedicação e pela amizade, ao me apoiar na escolha do tema e me orientar na elaboração deste trabalho.

Agradeço a todos os amigos que fiz durante esta jornada, principalmente àqueles que mais me acompanharam nos estudos, nas festas e nos momentos de desespero: Aline Vieira, Helena Knoche, Kinn Hara, Louise Neves, Luiggi Annes, Rafaela Ludwig, Thais Pabis, Thaynara Tonolli, Viviane Círio e Wagner Vicenzi.

Uma eterna e enorme gratidão a todas as mulheres do mundo, principalmente as minhas irmãs de ativismo, que, entre muitas batalhas, lutam por mais amor e respeito à mulher e por mais amor e respeito na assistência a gestação, parto e puerpério. Por vocês eu escolhi este tema e a vocês eu dedico este trabalho.

Por fim, e mais importante, eu agradeço a mim mesma. Obrigada por me amar, me respeitar, zelar pela minha contribuição neste mundo e me dedicar à elaboração deste trabalho.



*“Para mudar o mundo é
preciso mudar a forma de
nascer”*

(Michel Odent)

RESUMO

Nas últimas décadas o Brasil tem vivenciado uma verdadeira epidemia de cesarianas, a taxa nacional tem aumentado progressivamente e hoje este é o modo mais comum de nascimento em nosso país. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o objetivo da assistência ao nascimento é manter mães e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenções possível, dessa maneira, a OMS recomenda que a taxa ideal de cirurgias cesarianas é de 15%. Haja vista que todo cidadão nasceu, e muitos optarão por ter filhos um dia, questões ligadas à assistência ao nascimento são de grande importância biológica, espiritual, cultural, econômica e social. Nesse contexto, este trabalho buscou analisar o aumento das taxas de cirurgias cesarianas no âmbito socioeconômico, verificando alguns fatores que incidem sobre esta prática, estimando os custos médios da cesariana e do parto pro SUS e as consequências para os cofres públicos, comparando o cenário real e não ideal do SUS com o cenário hipotético e ideal da OMS. Em todos os períodos analisados, de 1995 a 2015, os custos médios estimados das cesarianas foram maiores que aqueles referentes aos partos vaginais, e estimou-se que, nos últimos 20 anos, o prejuízo foi de aproximadamente R\$2.399.066.597,01. As vítimas desta realidade não são apenas as mulheres e crianças, mas todo o sistema de saúde nacional e a sociedade como um todo, afinal o SUS pertence a todos os contribuintes.

Palavras-chave: Cirurgia Cesariana, Parto Vaginal, SUS, OMS, Aspectos Socioeconômicos da Mulher Brasileira, Modelos de Assistência Obstétrica.

ABSTRACT

Brazil has experienced an epidemic of cesarean section, the national rate has been increasing steadily and this is the most common route of birth in our country. According to the World Health Organization (WHO) the goal of obstetric care is to keep mothers and babies healthy, with minimal interventions, therefore, WHO recommends that the ideal rate of cesarean surgery is 15%. As every citizen was born, and many of them will opt to have children one day, issues related to obstetric care have biological, spiritual, cultural, economic and social importance. In this context, this study aimed to analyze the increase in cesarean surgery in the socioeconomic context, checking some factors that influence this practice, estimating the average costs of cesarean section and vaginal delivery for the SUS and the consequences for the public purse, comparing the reality of SUS with the ideal and hypothetical scenario of WHO. From 1995 to 2015, the average cost of cesarean section was higher than the average costs of vaginal deliveries, and it was estimated that in the past 20 years the loss was approximately R\$2,399,066,597.01. The victims of this reality are not only women and children but the entire national health system and society as a whole, because the SUS belongs to all taxpayers.

Keywords: Cesarean Section, Vaginal Birth, WHO, SUS.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01** – Proporção de mulheres de 16 anos ou mais de idade, com filhas/os de 0 a 3 anos, por frequência das/os filhas/os a creche23
- Gráfico 02** – Distribuição percentual da população ocupada de 16 anos ou mais de idade no trabalho doméstico, por posse de carteira assinada e sexo24
- Gráfico 03** – Taxa de alfabetização, por sexo, situação do domicílio e os grupos de idade25
- Gráfico 04** - Proporção de nascidas/os vivas/os cujas mães tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal, por cor ou raça da mãe26
- Gráfico 05** - Proporção de nascidas/os vivas/os por parto cesáreo, segundo os grupos de idade materna27
- Gráfico 06** - Distribuição percentual da mortalidade materna por tipo de causa obstétrica e por tipo de causa obstétrica direta28
- Gráfico 07** - Distribuição percentual da mortalidade materna por cor ou raça28
- Gráfico 08** - Prevalência de diabete melito em pessoas com 18 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade29
- Gráfico 09** - Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com 18 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade29
- Gráfico 10** - Taxa padronizada de mortalidade de câncer de mama de mulheres de 30 anos ou mais de idade, segundo os grupos de idade30
- Gráfico 11** - Taxa padronizada de mortalidade de câncer de colo do útero de mulheres de 30 anos ou mais de idade, segundo os grupos de idade30
- Gráfico 12** - Taxa de incidência de AIDS de pessoas de 20 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade31
- Gráfico 13** - Distribuição da mortalidade, por sexo, segundo o grupo de causas32
- Gráfico 14** - Taxa padronizada de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes entre a população do sexo feminino, segundo o tipo de doenças32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de Cirurgia Cesariana e Taxa de Parto Vaginal	12
Tabela 2 – Quantidade de Nascimentos via Cesariana e Via Parto Vaginal	13
Tabela 3 – Taxa de Cirurgia Cesariana e Taxa de Parto Vaginal	45
Tabela 4 - Nascimentos SUS: Quantidade, Valor e Custo Médio	46
Tabela 5 - Nascimentos SUS: Quantidade, Valor e Custo Médio para Cirurgia Cesariana e para Parto Vaginal.	47
Tabela 6 - Parto Vaginal: Realidade do SUS <i>versus</i> Expectativa da OMS	48
Tabela 7 - Cirurgia Cesariana: Realidade do SUS <i>versus</i> Expectativa da OMS	49
Tabela 8 - Gastos com Nascimentos: Realidade do SUS <i>versus</i> Expectativa da OMS	51
Tabela 9 - Gastos Acumulados com Nascimentos: Realidade do SUS <i>versus</i> Expectativa da OMS	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 TEMA E PROBLEMA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos.....	14
1.3 JUSTIFICATIVA	14
1.4 METODOLOGIA.....	15
2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	16
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	16
2.2 A CRIAÇÃO DO SUS	18
2.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH-SUS)....	18
3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DA MULHER BRASILEIRA	20
3.1 ESTRUTURA DEMOGRÁFICA	20
3.2 AUTONOMIA ECONÔMICA E MUNDO DO TRABALHO	21
3.3 EDUCAÇÃO E CIDADANIA.....	24
3.4 SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	25
4 A CIRURGIA CESARIANA.....	32
4.1 DECLARAÇÃO DA OMS SOBRE TAXAS DE CESÁREAS	33
4.2 FATORES QUE INFLUENCIAM AS ALTAS TAXAS DE CIRURGIA CESARIANA	35
4.3 AS CONSEQÜÊNCIAS DA ALTA INCIDÊNCIA DE CESÁREAS	37
4.4 MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	39
5 ANÁLISE EMPÍRICA.....	42
5.1 TAXA DE CIRURGIA CESARIANA E TAXA DE PARTO VAGINAL NO SUS.....	44
5.2 CUSTOS MÉDIOS	45

5.3 REALIDADE DO SUS <i>VERSUS</i> EXPECTATIVA DA OMS	47
5.4 DIFERENÇA DE GASTOS	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	53
6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
6.2 RECOMENDAÇÕES	54
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA

Sentir-se bem e ter uma boa saúde são condições dependentes de fatores sociais, biológicos, culturais e econômicos na sociedade, todos eles totalmente e complexamente integrados. Qualquer ser humano é alvo desses fatores, tanto homens quanto mulheres. (PINTO, 2003)

No entanto as mulheres são reconhecidamente mais fragilizadas diante dos determinantes sociais e biológicos que as afetam continuamente, e de modo único, ao longo de suas vidas. (PINTO, 2003)

Quando uma mulher opta por engravidar, os eventos de gestar e parir tornam-se únicos e especiais em sua vida e também na vida da família. Estes eventos fazem parte do contexto privado de saúde individual da mulher para atingir um contexto social no qual grande parte das mulheres e, conseqüentemente, a sociedade fazem parte. (PAGE, 2001)

De acordo com Page (2001), o período do parto é crítico na vida da gestante e de sua família e uma assistência positiva e sensata no período perinatal e puerperal dará suporte ao desenvolvimento de fortes laços de amor entre a mãe e o bebê dentro da família. Este amor é a base do compromisso que ajuda os pais a enfrentarem as mais desafiadoras tarefas do ser humano, o cuidado com o vulnerável recém-nascido e seu contínuo amor e orientação ao longo da vida adulta.

Nas últimas décadas, o Brasil vem vivenciando uma significativa mudança no padrão de nascimento, uma epidemia de cirurgias cesarianas. No Brasil, a via de parto mais comum é cirúrgica, chegando a uma taxa de 85% nos serviços privados de saúde. No sistema público de saúde esta a taxa é consideravelmente menor, na casa dos 40%, mas ainda assim elevada se compararmos com a taxa ideal recomendada pela Organização Mundial de Saúde. (CONITEC, 2015)

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria aquela próxima de 15%. Porém a realidade é bem diferente. As cesáreas tem se tornado cada vez mais frequentes no mundo inteiro. (WHO, 2015)

Quando realizada por indicações baseadas em evidências científicas, a cirurgia cesariana pode reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém, não existem evidências de que cesáreas eletivas tragam benefícios. (WHO, 2015)

Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos após nascimento e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. (WHO, 2015).

Como pode ser observado, na Tabela 01, desde 1995 as taxas relativas às duas vias de parto (vaginal e cirúrgica) vêm variando ano a ano, porém, as taxas de cesarianas estão muito além dos 15% recomendados pela OMS e desde 2009 representam mais da metade dos nascimentos. (Ministério da Saúde/SINASC, 2015).

Tabela 1

Nascidos vivos -
Proporção das Vias de Nascimentos

Ano	Cesário	Vaginal
1995	39,64%	57,82%
1996	40,23%	58,51%
1997	39,84%	59,23%
1998	38,13%	61,11%
1999	36,90%	62,23%
2000	37,78%	61,58%
2001	38,07%	61,32%
2002	38,64%	61,03%
2003	39,95%	59,74%
2004	41,75%	58,03%
2005	43,22%	56,60%
2006	45,02%	54,78%
2007	46,47%	53,34%
2008	48,38%	51,48%
2009	50,03%	49,84%
2010	52,27%	47,60%
2011	53,74%	46,01%
2012	55,61%	44,17%
2013	56,63%	43,17%

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC

Elaboração: a autora

Esse padrão de atendimento ao nascimento com o uso excessivo de um procedimento cirúrgico é consequência do modelo tecnocrático de assistência e traz grandes preocupações, pois, de acordo com Faúndes e Cecatti (1991), pode implicar num aumento da mortalidade e morbidade materna e fetal e, além disso, aumenta desnecessariamente os gastos com os serviços de saúde.

A Tabela 2 apresenta os números de nascidos vivos e quantidade de para cada via de nascimento, desde 1995 a 2013.

Tabela 2
Nascidos vivos – Brasil

Ano	Cirurgia Cesariana	Parto Vaginal	Nascimentos
1995	1.119.775	1.633.287	2.824.729
1996	1.185.008	1.723.495	2.945.425
1997	1.205.847	1.792.614	3.026.658
1998	1.200.402	1.923.665	3.148.037
1999	1.201.500	2.026.461	3.256.433
2000	1.211.494	1.974.790	3.206.761
2001	1.186.204	1.910.541	3.115.474
2002	1.182.238	1.867.185	3.059.402
2003	1.213.842	1.814.987	3.038.251
2004	1.263.634	1.756.180	3.026.548
2005	1.311.689	1.717.970	3.035.096
2006	1.325.781	1.613.318	2.944.928
2007	1.343.733	1.542.359	2.891.328
2008	1.419.745	1.510.879	2.934.828
2009	1.441.692	1.436.062	2.881.581
2010	1.496.034	1.362.287	2.861.868
2011	1.565.564	1.340.324	2.913.160
2012	1.615.928	1.283.546	2.905.789
2013	1.644.557	1.253.726	2.904.027

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC

Elaboração: a autora

De acordo com Perpetuo, Bessa e Fonseca (2008), algumas publicações mostram que a alta taxa deste tipo de procedimento não representa apenas uma tentativa de melhorar resultados perinatais, pois apresentam uma grande variação, comportando-se de modo diferente do esperado. Por exemplo, elas são mais altas para as mulheres em melhor situação socioeconômica, que geralmente residem em regiões mais centrais e desenvolvidas, que iniciaram o acompanhamento pré-natal no início da gravidez, que

foram atendidas em maternidades referências, muitas vezes particulares, quando todas essas características diminuem a probabilidade de ocorrência de condições de risco para as quais estaria indicado um nascimento por via cirúrgica.

Em um importante artigo da década de 90, Faúndes e Cecatti (1991) discutem alguns possíveis fatores determinantes da alta incidência de cesáreas no país, argumentando que, eles têm dois componentes principais:

1) um componente de oferta, pelo fato das cirurgias cesáreas serem considerados mais convenientes para médicos, em relação ao parto vaginal, em virtude de deficiências de treinamento na condução de partos complicados, medo de processo por imperícia, menor remuneração, e também pela cesárea ser mais rápida (se não ocorrem nenhuma intercorrência);

2) um componente de demanda, pela preferência das mulheres pela via cirúrgica, pelo medo da dor do trabalho de parto e do próprio parto e à crença de que o parto vaginal oferece mais riscos de complicações para o bebê e compromete a anatomia e fisiologia da vagina e, através disso, a vida sexual.

Estes dados nos remetem a uma reflexão sobre a problemática em questão. Afinal, qual é o custo econômico, para os brasileiros, da alta incidência desta prática no Sistema Único de Saúde?

Nesse contexto, este trabalho busca analisar o aumento das taxas de cirurgias cesarianas no âmbito socioeconômico, verificando alguns fatores que incidem sobre esta prática e as consequências para os cofres públicos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é fornecer uma análise socioeconômica das taxas de cirurgias cesarianas no Brasil, que vêm crescendo ano a ano, ultrapassando a recomendação de no máximo 15% da Organização Mundial de Saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever brevemente o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)
- b) Analisar alguns aspectos socioeconômicos da mulher brasileira;
- c) Descrever o cenário obstétrico brasileiro das últimas décadas;
- d) Calcular o custo médio do parto normal e da cirurgia cesariana, no SUS;
- e) Avaliar o impacto econômico da prática da cirurgia cesariana que ultrapassa os 15% recomendados pela OMS.

1.3 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema e problema justifica-se, primeiramente, pelo interesse pessoal da autora pelo atual cenário obstétrico brasileiro, baseado na transformação do nascimento em um evento puramente médico e mecanizado com o excessivo uso de intervenções, muitas vezes desnecessárias. Haja vista que todo cidadão nasceu, e muitos optarão por ter filhos um dia, questões ligadas à assistência ao nascimento e afins são de grande importância biológica, espiritual, cultural, econômica e social.

1.4 METODOLOGIA

O presente trabalho é de natureza exploratória e descritiva. Segundo Gil (1991) embora as pesquisas geralmente apontem para objetivos específicos, estas podem ser classificadas em três grupos: estudos exploratórios, descritivos e explicativos.

Um trabalho é de natureza exploratória quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui ainda a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores (GIL, 1991).

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador. A finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos (GIL, 1991).

Esse trabalho tem natureza exploratória pelo fato de se procurado fazer um levantamento bibliográfico a fim de se aprofundar no tema e ter conhecimento de suas implicações; e descritivo pelo fato de foi feita uma análise dos dados através gráficos e tabelas.

Portanto, o primeiro capítulo deste estudo será introdutório, apontando tema, problema, objetivos, justificativa e metodologia; no segundo capítulo será feita uma breve análise sobre o histórico e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; no terceiro capítulo serão apresentados alguns aspectos socioeconômicos da mulher brasileira; o quarto capítulo abordará algumas características, causas e consequências da alta incidência da cirurgia cesariana, frisando principalmente a declaração da OMS sobre cesarianas; o quinto capítulo trará uma análise empírica dos valores e quantidades de cada tipo de nascimento (vaginal e cirúrgico), estimando seus custos médios para os períodos analisados e comparando-os com um cenário hipotético e ideal proposto pela OMS, afim de calcular a diferença em Reais, dos dois cenários; no sexto capítulo serão apresentadas as considerações finais.

2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O Sistema de saúde brasileiro é formado por dois subsistemas: o público e o privado. (OPAS, 2008).

O público é composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é gratuito, financiado pelo governo e de caráter universal e, pelos planos de saúde restritos a servidores públicos, que é financiado através de recursos públicos e de contribuição destes servidores (OPAS, 2008).

O privado é composto pelo que chamamos de Saúde Suplementar, ou seja, planos e seguros de saúde voluntários, individuais ou coletivos, financiados por empregadores e empregados ou pelas famílias e, o desembolso direto, onde o acesso ao serviço de saúde é efetuado através de pagamento no ato da prestação de serviços (OPAS, 2008).

Em 2013, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, o gasto total em saúde no Brasil foi de 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) e o gasto em saúde *per capita* foi de 1.454 dólares (PPP). (WHO, 2013)

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Em 2015 o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 27 anos, e uma vez que o sistema é a única forma de acesso à assistência à saúde para 75% da população brasileira, sua existência pode ser considerada um marco para a gestão pública de saúde e para a administração da política pública. (DATASUS, 2015)

Desta forma, segundo Pinto (2010), o SUS tem se configurado no maior projeto de inclusão social do Brasil, haja vista que, anteriormente, o acesso a serviços de saúde era restrito à capacidade contributiva do cidadão brasileiro.

A consolidação do Sistema Único de Saúde, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e

por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e uma sólida base de apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil (NORONHA et al., 2008).

Para Baptista (2007), a Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, porém esta garantia ainda não se transformou em realidade para todos os brasileiros.

De acordo com o mesmo autor, em quase três décadas de atividade houve muitos avanços, porém, antigos desafios persistem e novos surgem a cada dia, seja para a promoção da equidade ou para a melhoria da qualidade da atenção. Para superarmos tais desafios, é necessária a ação conjunta dos gestores de saúde das três esferas, para a formulação de políticas e planejamentos em saúde. (BAPTISTA, 2007)

Segundo a Lei 8.080 de 1990, o Sistema Único de Saúde é: “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Para o Ministério da Saúde (2015), os princípios do do SUS são:

- I. Universalidade: garantia do direito de acesso ao sistema e serviços de saúde;
- II. Integralidade: garantia de atendimento das necessidades de saúde, independente da complexidade exigida, e;
- III. Equidade: diminuição das desigualdades em saúde, com atenção às diferenças existentes.

E, de acordo com Ministério da Saúde (2015), o SUS é organizado segundo as diretrizes de:

- I. Descentralização com direção única nas três esferas de governo;
- II. Regionalização;
- III. Hierarquização, e;
- IV. Participação da comunidade.

2.2 A CRIAÇÃO DO SUS

Buscava-se a reconstrução da democracia brasileira após o fim da ditadura militar. Em 1985 iniciou-se o governo da Nova República e, já em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde cujo objetivo principal era discutir a reforma do sistema de saúde do país. O relatório final destacou a saúde como direito de todos. Este relatório foi utilizado para as discussões na Assembleia Nacional Constituinte de 1988 e, após resistências, o projeto do SUS foi aprovado. (BAPTISTA, 2007)

De acordo com Menicucci apud Pinto (2010), a Constituição Federal de 1988 rompeu com o caráter meritocrático da assistência à saúde, ao introduzir importantes mudanças no setor de saúde brasileiro, tais como, o direito à saúde e a definição de seus princípios e diretrizes, incorporando a ideia da cidadania e garantindo o acesso universal aos serviços e ações de saúde, rompendo assim também, com os princípios que davam sustentação às políticas anteriores.

A criação do SUS foi ponta pé inicial de um processo gradativo de expansão da oferta pública e gratuita de saúde que já se evidenciava muito antes de sua criação. Porém, a expansão gerada pela formalização da universalização não foi suficiente para incorporar todos a todos os cidadãos a assistência pública pois uma considerável parcela da população já havia optado pela assistência privada (MENICUCCI, 2007).

2.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH-SUS)

A literatura especializada aponta que a informação em saúde é fundamental para subsidiar os gestores de saúde no processo decisório e na avaliação dos serviços e ações de saúde, objetivando o direcionamento político.

A disponibilização de Sistemas de Informações em Saúde (SIS), embora não garanta, possibilita o fornecimento de informação confiável, relevante e acessível a todos os atores envolvidos - usuários, profissionais, prestadores de serviços, gestores, pesquisadores e sociedade civil -, permitindo a avaliação dos gastos e a obtenção do conhecimento necessário ao cuidado pessoal, ao apoio à prática profissional, ao controle social e administrativo, à avaliação das condições de saúde da população, à auditoria de prestadores e gestores,

bem como ao planejamento de intervenções que objetivem a melhoria da qualidade da atenção. (PINTO, 2010)

O sistema de informações responsável pela captação das hospitalizações ocorridas no sistema público brasileiro é o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). É um sistema de informações de cunho administrativo e de âmbito nacional que visa o reembolso das hospitalizações ocorridas nos hospitais públicos e nos hospitais privados contratados pelo SUS. SIH-SUS tem abrangência nacional que registra as hospitalizações realizadas em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS. Ele fornece dados sobre a internação, o paciente, a unidade de saúde e os recursos financeiros envolvidos. (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006)

O SIH-SUS é a principal fonte de informações e o principal instrumento para o reembolso das hospitalizações ocorridas no sistema público brasileiro. É gerido pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é o responsável pelo desenvolvimento e manutenção do sistema, além da consolidação, manutenção e disponibilização de sua base de dados. (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006)

A ampliação do acesso às informações de saúde no Brasil, ocorrida a partir dos anos 90 e possibilitada pela disponibilização dos dados em formato eletrônico, permitiu o desenvolvimento e a proliferação de estudos diversos que utilizam a informação contida nas bases de dados do SIH-SUS e de outros sistemas de informação de base nacional, para a construção de suas análises. (PINTO, 2010)

3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DA MULHER BRASILEIRA

A vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. Aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo inteiro, todos os anos, devido a complicações relacionadas à maternidade, configurando uma crise na saúde materna e infantil expressa na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de morrer. (WHO, 2012)

3.1 ESTRUTURA DEMOGRÁFICA

De acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (2014), o Brasil é palco de diversas alterações demográficas, sociais, econômicas e políticas. As dinâmicas demográficas nos mostram processos de envelhecimento da população e de diminuição da taxa de fecundidade.

Há também, nas últimas décadas, uma intensificação do processo de transformação social, consequência da urbanização e da industrialização, refletindo na realidade social, em especial na condição de vida das mulheres brasileiras. (RASEAM, 2014)

Compondo a maior parte da população brasileira há muitos anos, é possível afirmar que as mulheres têm avançado na conquista de seus direitos e de uma situação de igualdade com os homens. (RASEAM, 2014)

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2012 (PNAD, 2012), a população brasileira era 51% feminina, sendo que destas, 52% se autodeclararam negras. Em relação à população urbana, em 2012, as mulheres representavam 52%, ao passo que nas áreas rurais são 48%.

Em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos), a projeção da taxa de fecundidade total passou de 2,4 filhos (as) por mulher em 2000, para 1,7 filhas (os) por mulher em 2014. (IBGE, 2014)

Em 2012, ao nascer, cada mulher tinha expectativa de viver 7,3 anos a mais que um homem; e, aos 60 anos, cada mulher tinha expectativa de viver 3,3 anos a mais que um homem. (PNAD, 2012)

A taxa de gravidez durante a adolescência vem caindo: em 2002, 12,7% das mulheres entre 15 e 19 anos tinham filhas (os); já em 2012, esse percentual passou para 10,4%. (PNAD, 2012)

Os arranjos familiares referem-se ao conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco ou não que moram no mesmo domicílio. Os arranjos familiares podem ser formados por uma só pessoa, um casal sem filhas/os, um casal com filhas/os, uma pessoa de referência sem cônjuge com filhas/os, entre outros arranjos. Para cada unidade domiciliar, a PNAD considera uma pessoa de referência, sendo esta pessoa responsável pelo domicílio ou assim considerada pelos seus membros. Assim, no Brasil, em 2012, quase 38% dos domicílios tinham mulheres como a pessoa de referência. (RASEAM, 2014)

3.2 AUTONOMIA ECONÔMICA E MUNDO DO TRABALHO

A promoção da autonomia econômica das mulheres passa pela melhoria de sua inserção no mercado de trabalho e de seus rendimentos, e pela distribuição mais equitativa dos afazeres domésticos e das atividades de cuidado. Os indicadores reunidos no RASEAM 2014 mostram que permanecem muitos obstáculos para o alcance da plena autonomia econômica das mulheres brasileiras. (RASEAM, 2014)

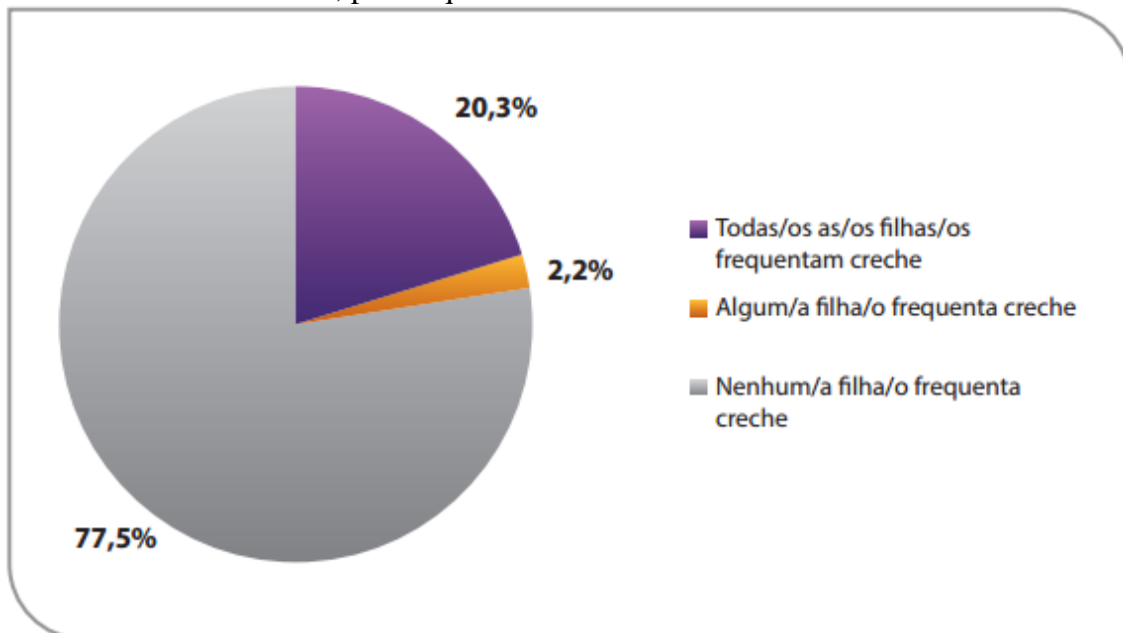
De acordo com PNAD (2012), a taxa de atividade era de 64,2% entre mulheres de 16 e 59 anos, muito inferior à taxa masculina, de 86,2%. Já a taxa de desocupação entre as mulheres era quase 80% superior a dos homens.

A divisão sexual do trabalho, que sobrecarrega as mulheres com os afazeres domésticos e de cuidado, dificulta seu acesso e permanência no mercado de trabalho, bem como a sua ascensão profissional. Por isso, a disponibilidade de vagas em creches é um importante indicador da autonomia econômica das mulheres. (RASEAM, 2014)

De acordo com o Gráfico 01, em 2012, somente 20,3% das mulheres com filhas (os) de 0 a 3 anos tinham todas(os) filhas(os) frequentando uma creche, sendo que

77,5% das mulheres com filhas(os) de 0 a 3 anos não tinham nenhum(a) filhas(os) frequentando uma creche. (RASEAM, 2014)

Gráfico 01: Proporção de mulheres de 16 anos ou mais de idade, com filhas/os de 0 a 3 anos, por frequência das/os filhas/os a creche.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

De acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (2014), o trabalho doméstico remunerado tem passado, recentemente, por mudanças significativas.

Desta forma, a Emenda Constitucional nº 72/2013 visa corrigir a desigualdade estrutural deste segmento e, a Instrução Normativa nº 110 do Ministério do Trabalho e Emprego, de 6 de agosto de 2014, dispõe sobre os procedimentos de fiscalização do cumprimento das normas relativas à proteção ao trabalho doméstico. (RASEAM, 2014)

Porém, somente entre 2011 e 2012, a proporção de mulheres ocupadas no trabalho doméstico reduziu de 15,5% para 14,7%, embora esta atividade continue sendo uma das principais ocupações entre as mulheres. (PNAD, 2012)

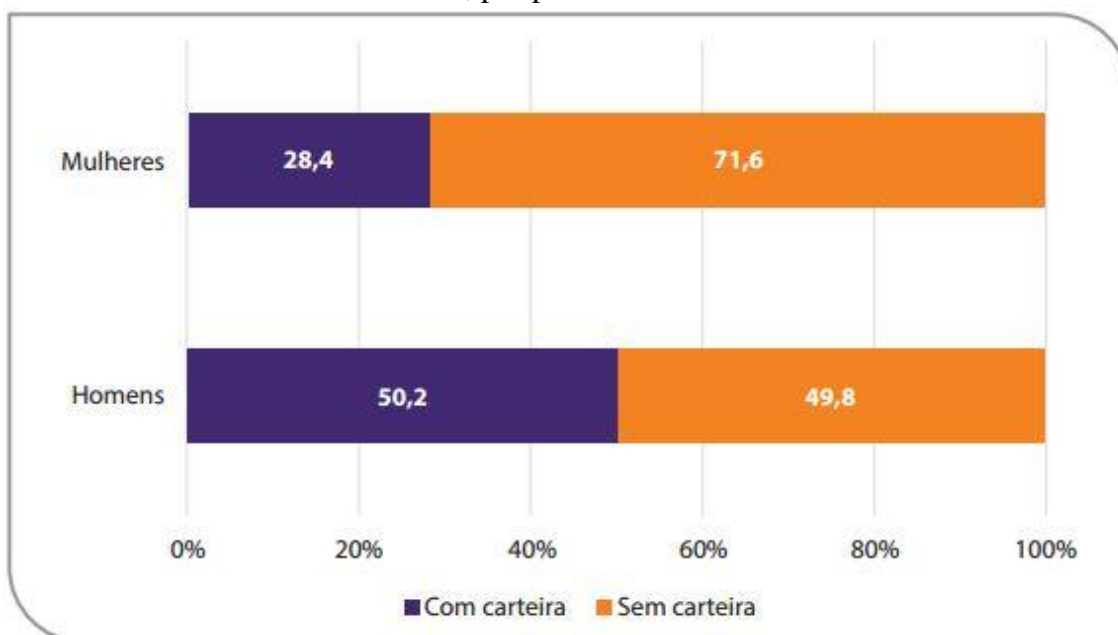
No trabalho doméstico remunerado há um evidente recorte de gênero e de cor. Um exemplo disso é que esta é uma das ocupações em que são mais significativas as desigualdades que afetam as mulheres negras. (RASEAM, 2014)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2012) mostra que 92% das mais de 6 milhões de pessoas no trabalho doméstico remunerado eram mulheres e

63,4% delas eram negras. Em relação à escolaridade, 20,1% das mulheres empregadas no trabalho doméstico tinha menos de quatro anos de estudo.

Ainda sobre o trabalho doméstico remunerado, de acordo com o Gráfico 02, em 2012, somente 28,4% das mulheres tinham carteira assinada, sendo que os homens na mesma ocupação que têm carteira assinada são 50,2%, um padrão de desigualdade bem evidente. (PNAD, 2012)

Gráfico 02: Distribuição percentual da população ocupada de 16 anos ou mais de idade no trabalho doméstico, por posse de carteira assinada e sexo.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

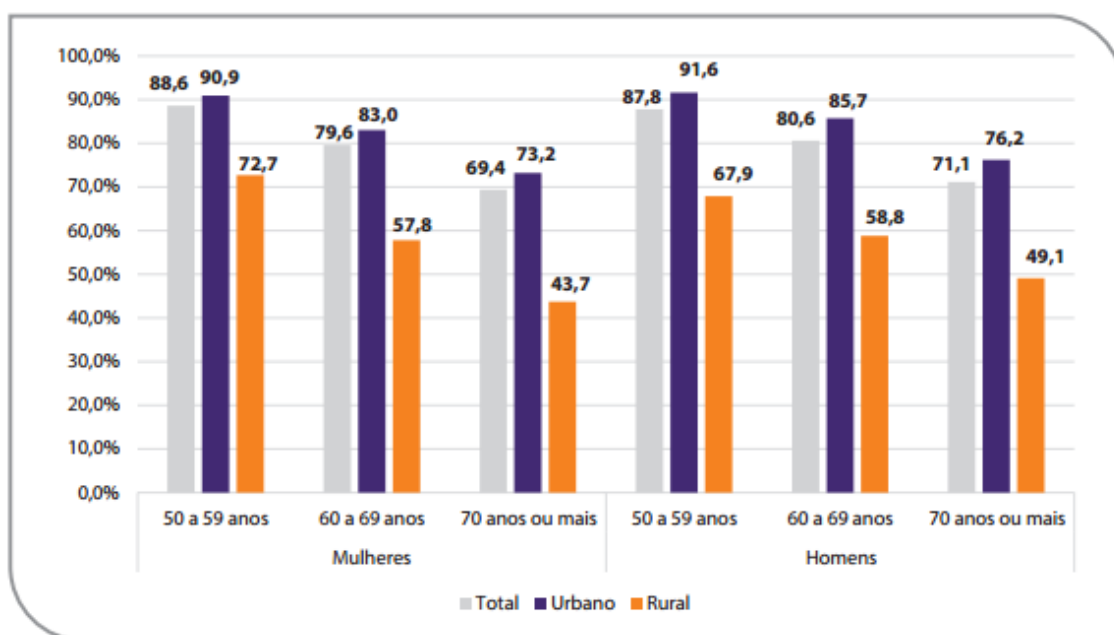
De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2012) a média salarial das empregadas domésticas negras, em 2012, era R\$ 546,15, frente a R\$ 637,305 daquelas brancas. Os homens, por sua vez, tinham rendimentos superiores aos das mulheres: R\$ 848,45.

Essa significativa diferença entre os rendimentos percebidos por homens e mulheres no trabalho doméstico está relacionada com os tipos de atividades realizadas – os homens são a grande maioria entre os jardineiros, caseiros, motoristas e as mulheres, entre as babás, faxineiras e cozinheiras. (RASEAM, 2014)

3.3 EDUCAÇÃO E CIDADANIA

Em 2012, embora, na média, 84,8% das mulheres fossem alfabetizadas, a partir dos 50 anos ou mais, os homens estavam em melhor situação. Isso reflete o menor acesso a educação que as mulheres brasileiras tinham há algumas décadas. Somente 43,7% das mulheres rurais com mais de 70 anos o eram alfabetizadas, vide Gráfico 3.

Gráfico 03: Taxa de alfabetização, por sexo, situação do domicílio e idade.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

Os mesmos relatórios evidenciam que, em 2012, quanto mais elevado o nível de ensino, mais elevada era a desigualdade entre mulheres brancas e mulheres negras assim como entre homens brancos e homens negros. A reversão desse padrão de desigualdade pouco avançou, 24,6% das mulheres brancas e 19,7% dos homens brancos, de 18 a 24 anos, frequentava o ensino superior. Do outro lado, 11,6% das mulheres negras e 7,7% dos homens negros, de 18 a 24 anos, frequentava o ensino superior. A taxa de matrícula no ensino superior era 57,2% feminina, e a taxa de conclusão 61,2% feminina.

Já no ensino Profissional, a taxa de matrícula era 53,8% feminina, e a taxa de conclusão feminina era de 54,5%. Observa-se que mulheres tendem se concentrar em algumas áreas consideradas tipicamente femininas, de acordo com a divisão sexual do

trabalho, associadas a tarefas de cuidado e de reprodução, como as áreas de educação e da saúde. (RASEAM, 2014)

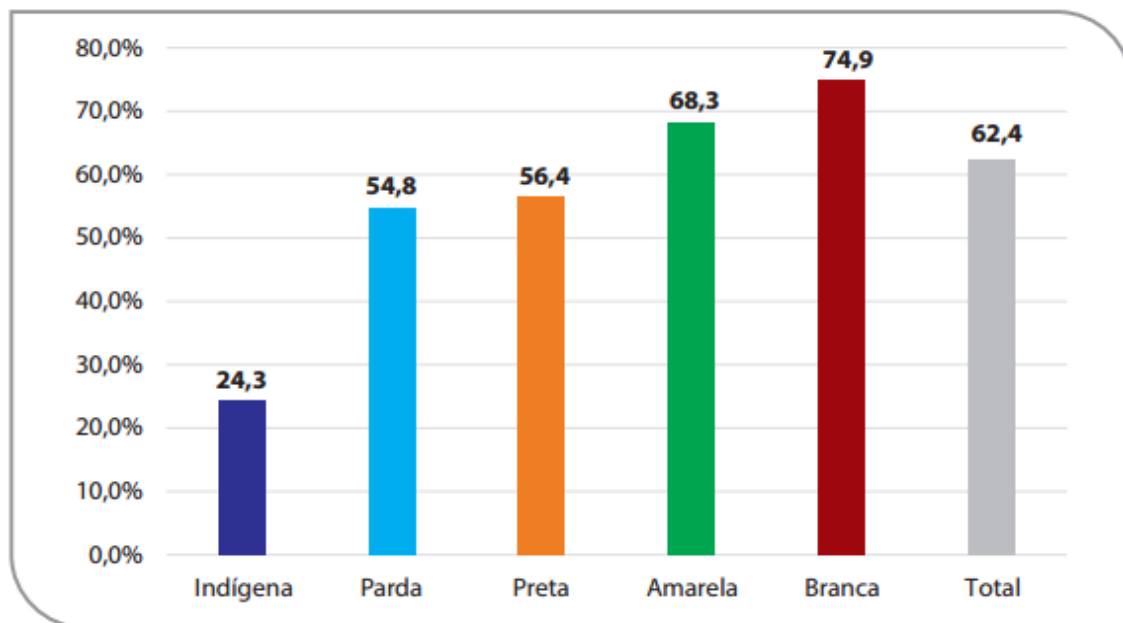
3.4 SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

A atenção integral à saúde da mulher e a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos são aspectos cruciais no cumprimento dos direitos humanos das mulheres brasileiras. Em que pesem as recentes ampliações dos serviços e políticas públicas de saúde, ainda se podem observar disparidades regionais e de cor ou raça no acesso aos serviços desta área. A análise dos indicadores de atenção à saúde das mulheres é, portanto, fundamental para se entender mais amplamente os desafios ainda postos ao pleno cumprimento dos direitos das mulheres. (RASEAM, 2014)

O Sistema Único de Saúde – SUS recomenda que mulheres grávidas recebam pelo menos sete atendimentos de consulta pré-natal. O acesso e a qualidade dos serviços de saúde estão diretamente ligados a manutenção/redução das taxas de morbidade e mortalidade materna. (RASEAM, 2014)

No gráfico 4 observa-se que, em 2012, as gestantes autodeclaradas brancas tinham mais acesso ao atendimento pré-natal, quase 74,9% delas tiveram sete ou mais consultas, apenas 56,4% das gestantes pretas e 54,8% das gestantes pardas tiveram acesso a pelo menos sete consultas. Com relação a gestantes indígenas, essa proporção era ainda menor: 24,3%.

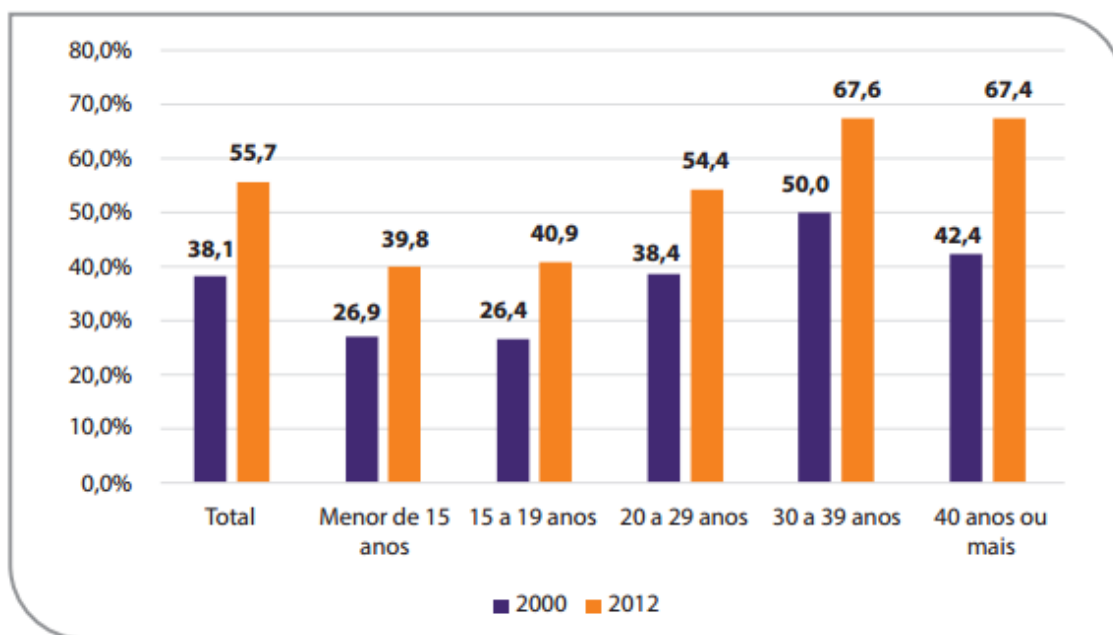
Gráfico 04: Proporção de nascidas/os vivos/os cujas mães tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal, por cor ou raça da mãe.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2012.
Adaptado de RASEAM, 2014.

Como está sendo evidenciado neste trabalho, a via de nascimento é um aspecto importante à saúde da mulher, em período gravídico, já que o Brasil é notoriamente conhecido pelo alto percentual de cirurgias cesarianas. Observa-se no gráfico 5 que, entre 2000 e 2012, essa prática aumentou significativamente entre todos os grupos de faixas etárias e representou, em 2012, quase 56% dos nascimentos do Brasil, bem acima dos 15% recomendados pela OMS.

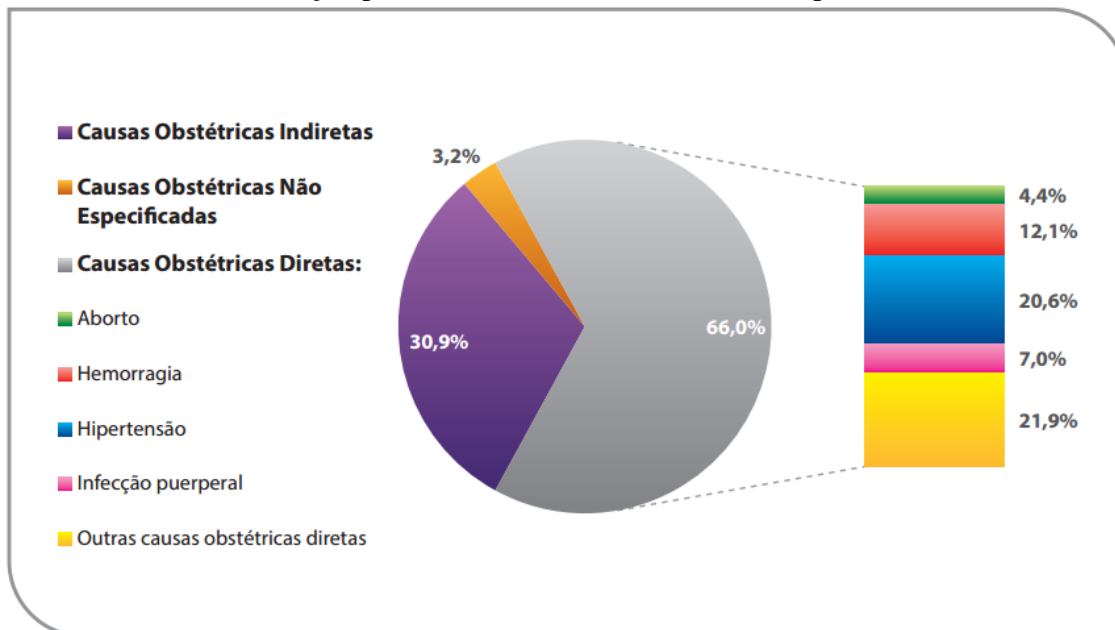
Gráfico 05: Proporção de nascimentos por parto cesáreo, segundo os grupos de idade.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

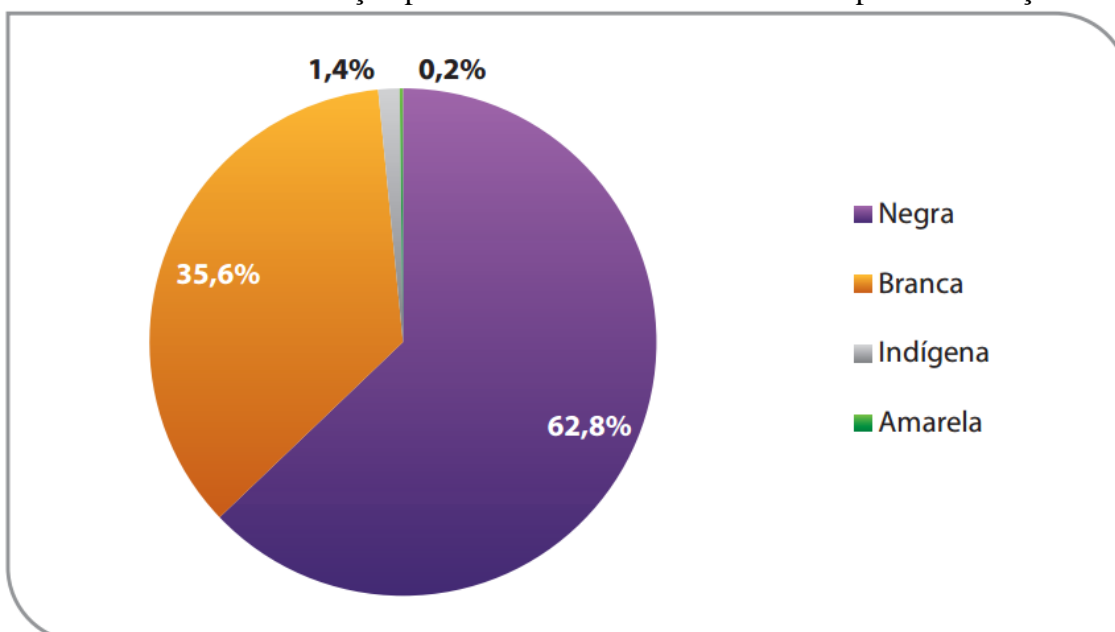
A melhoria da saúde materna é o quinto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a meta estabelecida para a verificação de seu cumprimento, no Brasil, é a redução da razão de mortalidade materna para 35 óbitos por 100 mil nascimentos até 2015. Este indicador sofreu uma redução acelerada entre 1990 e 2011, quando caiu de 141 para 63,9 mortes por 100 mil nascimentos. Porém, é possível reduzir mais, uma vez que as causas obstétricas diretas, são em grande medida evitáveis. (RASEAM, 2014).

Em 2012, 66% da mortalidade materna foram de causas obstétricas diretas, 3,2% de causas obstétricas não especificadas e 30,9% de causas obstétricas indiretas, como se observa no gráfico 06.

Gráfico 06: Distribuição percentual da mortalidade materna por causas obstétricas.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

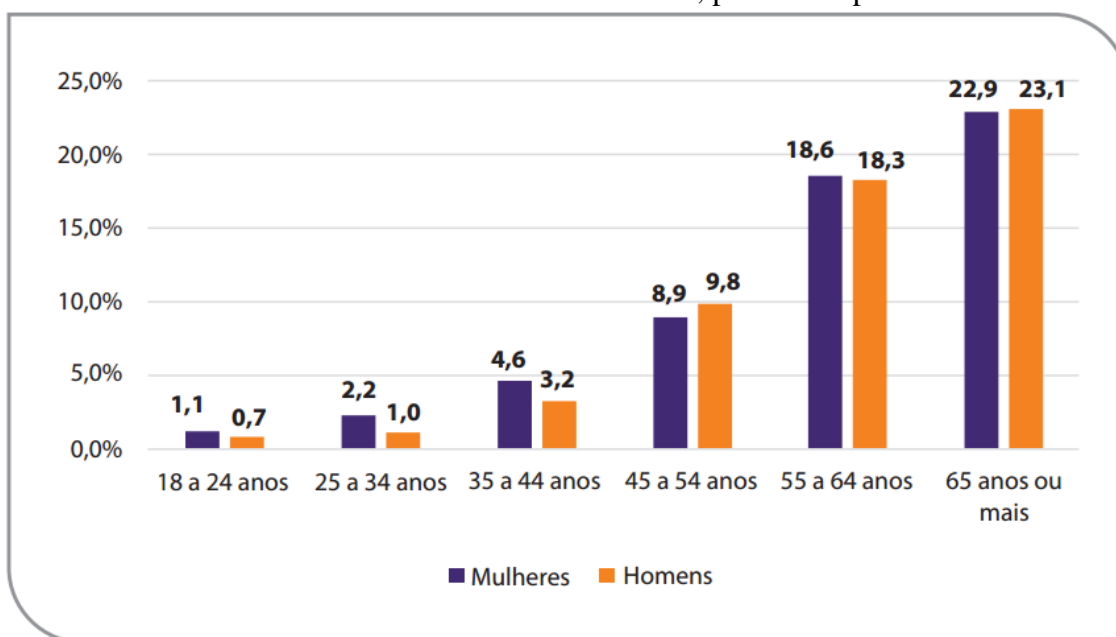
O gráfico 07 mostra que, em 2012, mulheres negras correspondiam a mais de 60% das mulheres mortas durante a gravidez ou puerpério - nesse período elas representavam quase 52% da população feminina brasileira. Os óbitos de mulheres brancas, de causas obstétricas, representavam 35% - elas correspondiam a 47% da população feminina brasileira.

Gráfico 07: Distribuição percentual da mortalidade materna por cor ou raça.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012. Adaptado de RASEAM, 2014

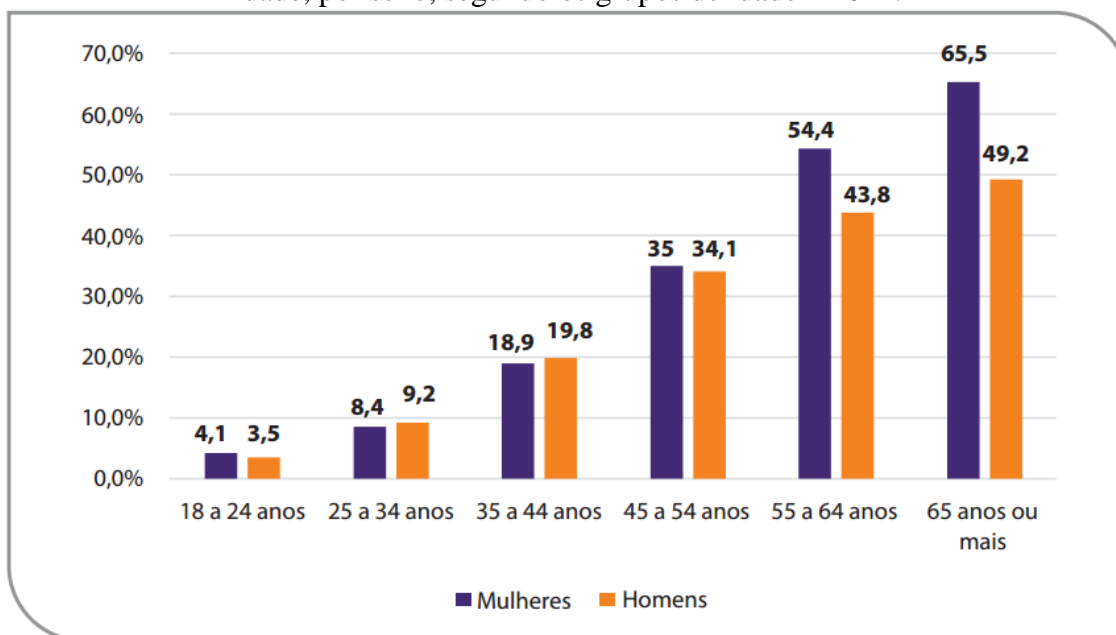
Os gráficos 8 e 9 evidenciam a alta prevalência, entre as mulheres brasileiras, de diabetes melito e de hipertensão arterial, ambas doenças crônicas não transmissíveis e bastante relacionadas à falta de hábitos saudáveis. O consumo excessivo de sal, açúcar, álcool e tabaco, além da falta de atividade física aumentam as possibilidades de desenvolvimento de diabetes e de hipertensão.

Gráfico 08: Prevalência de diabetes melito, por sexo e por idade.



Fonte: MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

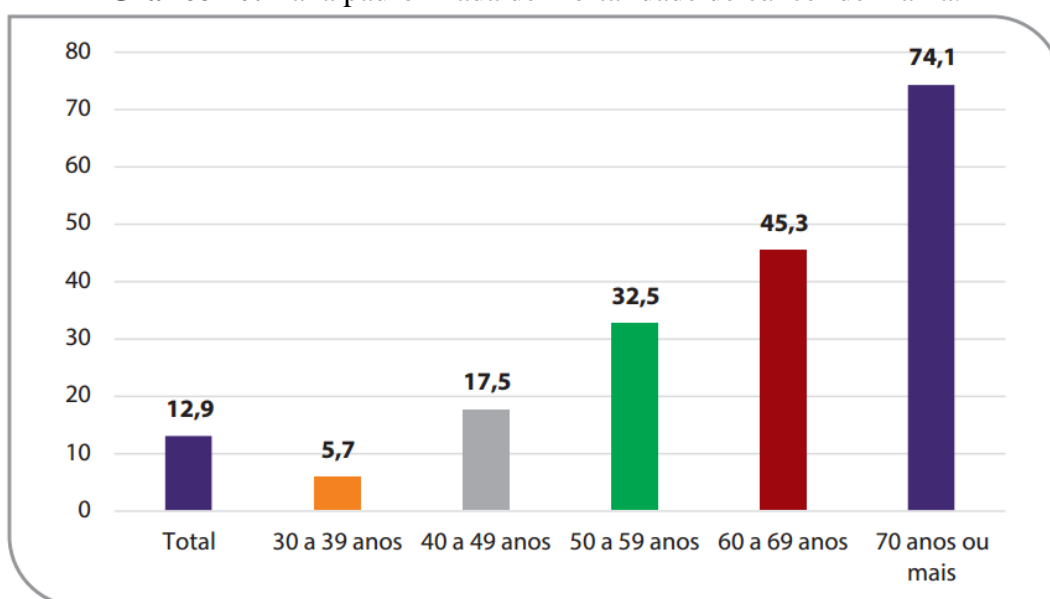
Gráfico 09: Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com 18 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade – 2012.



Fonte: MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

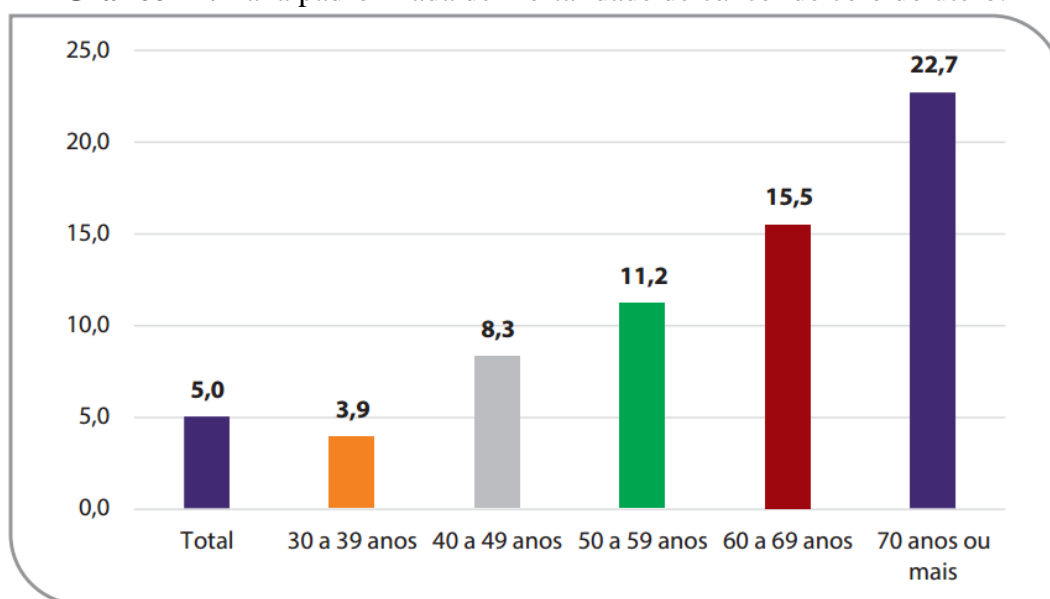
De acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM, 2014), no biênio 2012 e 2013, para cada 100 mil mulheres, 52,5 foram diagnosticadas com câncer de mama e, 17,5 com câncer de colo do útero. Nos gráficos 10 e 11, no que se refere às taxas de mortalidade dessas duas neoplasias, para cada 100 mil mulheres, 12,9 faleceram em consequência do câncer de mama e 5 do câncer de colo de útero. Observa-se também que as taxas de mortalidade de ambos os cânceres aumentam consideravelmente a partir do grupo etário de 30 a 39 anos.

Gráfico 10: Taxa padronizada de mortalidade de câncer de mama.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

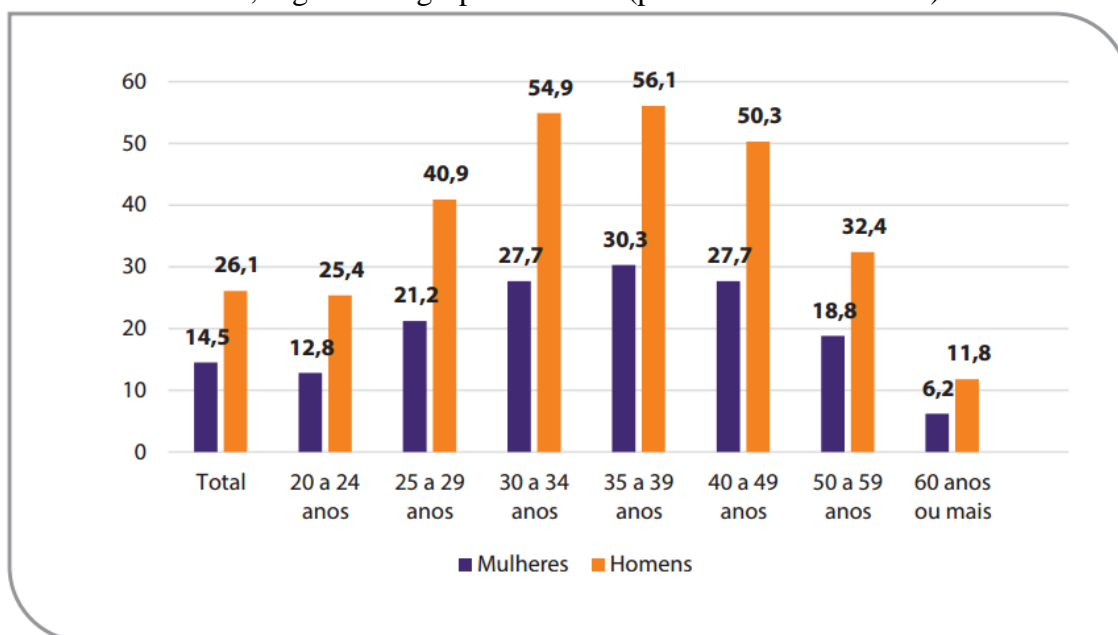
Gráfico 11: Taxa padronizada de mortalidade de câncer de colo do útero.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

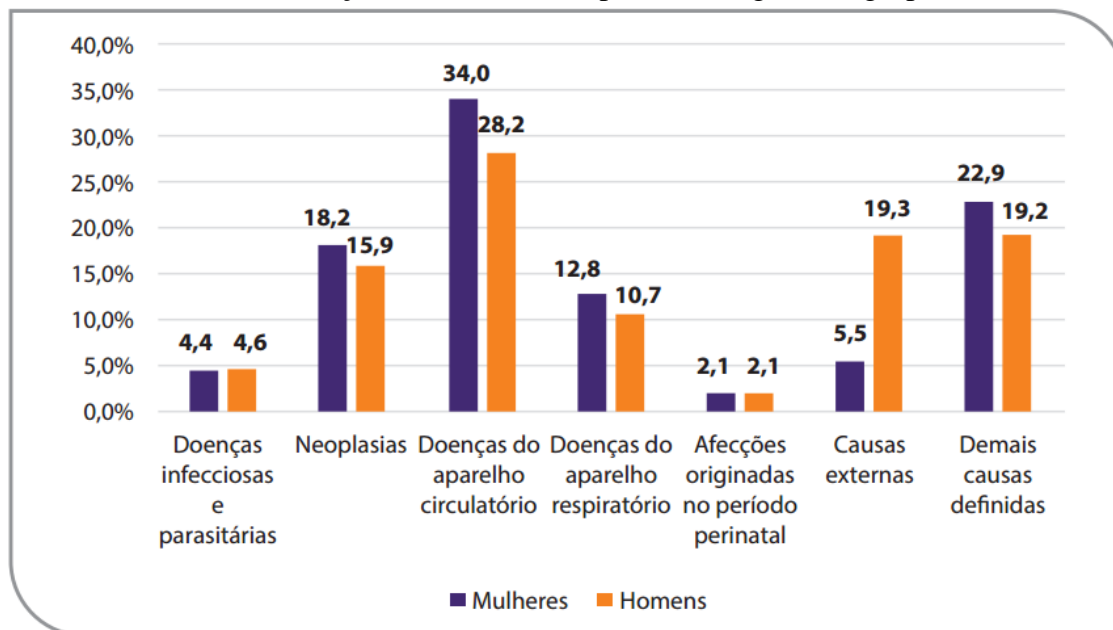
Em 2012, dos 39.166 novos casos de AIDS 37% foram diagnosticados em mulheres. De acordo com o gráfico 12, a taxa de incidência desta doença era de 14,5 casos para cada 100.000 mulheres, sendo que todos os grupos etários entre 25 e 59 anos apresentaram taxas acima da média nacional.

Gráfico 12: Taxa de incidência de AIDS de pessoas de 20 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade (por 100.000 habitantes).



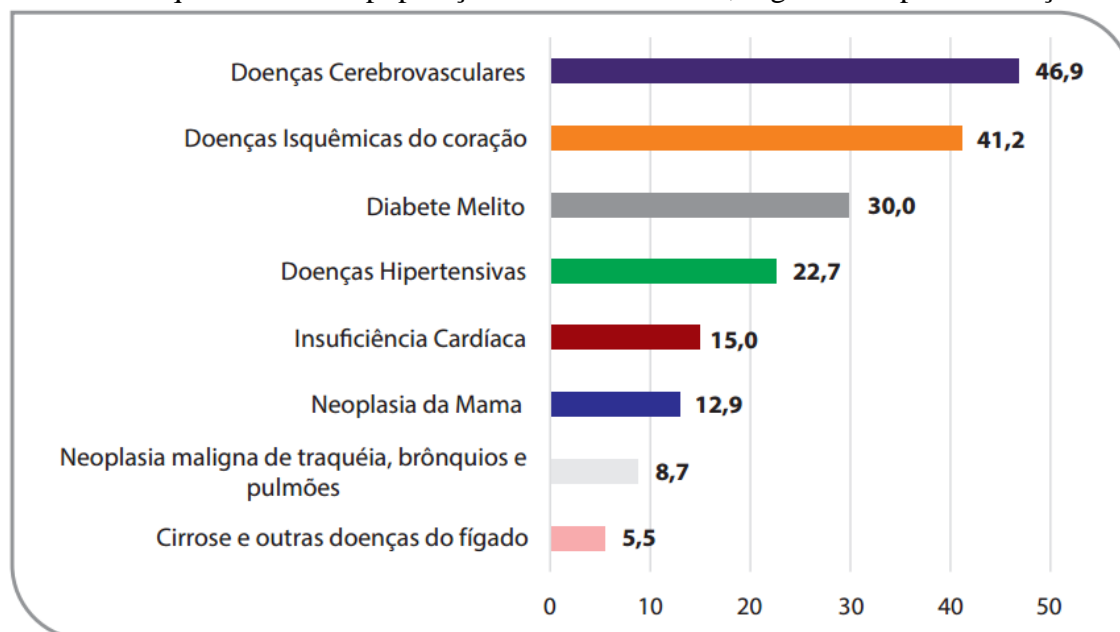
Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Programa Nacional de DST/Aids, 2012. Adaptado de RASEAM, 2014.

No que tange às principais causas de mortalidade entre as mulheres brasileiras, em 2011, 34% dos óbitos entre a população feminina foi em decorrência de doenças do aparelho circulatório; as neoplasias foram responsáveis por mais de 18% dos óbitos; e, as doenças do aparelho respiratório causaram quase 13% das mortes entre as mulheres, como observado no gráfico 13. Comparativamente, estas três causas afetam mais a população feminina que a população masculina.

Gráfico 13: Distribuição da mortalidade, por sexo, segundo o grupo de causas.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2014.
Adaptado de RASEAM, 2014.

Já em relação às taxas de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis, nota-se que, em 2012, as quatro causas mais frequentes eram as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, diabetes melito e doenças hipertensivas, conforme mostra o gráfico 14.

Gráfico 14: Taxa padronizada de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes entre a população do sexo feminino, segundo o tipo de doença.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012.
Adaptado de RASEAM, 2014.

4 A CIRURGIA CESARIANA

A cesariana é uma intervenção cirúrgica para reduzir o risco de intercorrências materno-fetais, durante o período gravídico. Originalmente realizada apenas em mulheres mortas, para salvar a vida do feto, a cesariana passou a proporcionar segurança à gestante e a seu filho, em situações de maior complexidade. (PATAH E MALIK, 2010)

Nas últimas décadas o Brasil tem vivenciado uma verdadeira epidemia de cesarianas, a taxa nacional tem aumentado progressivamente e hoje este é o modo mais comum de nascimento em nosso país. (CONITEC, 2015)

A taxa brasileira de cirurgia cesariana gira em torno de 56%, são mais de 1.600.000 cirurgias por ano, havendo uma significativa diferença entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%). (SINASC, 2013)

É importante ressaltar que quando realizada sob indicações médicas baseadas em evidências científicas, a cesariana é essencial para a saúde materna e infantil. Porém, se for realizada sem reais indicações, pode elevar o risco de complicações graves. (CONITEC, 2015)

Assim como qualquer intervenção cirúrgica, uma cesárea pode oferecer riscos no curto e longo prazo. Esses riscos podem se estender por muito tempo e afetar a saúde da mulher e do seu filho e, inclusive, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a assistência adequada. (WHO, 2015)

Diante do uso excessivo de cirurgias cesarianas desnecessárias, no contexto nacional, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende (CONITEC, 2015).

4.1 DECLARAÇÃO DA OMS SOBRE TAXAS DE CESÁREAS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou *World Health Organization* (WHO), o objetivo da assistência ao nascimento é manter mães e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenções possível. Dessa maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha na gestação ou trabalho de parto somente quando necessário. Porém, apesar dessa recomendação, a incidência da cirurgia cesariana está aumentando em diversos países, o que motiva muitos estudos internacionais e nacionais. (PATAH E MALIK, 2010)

Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas. (WHO, 2015)

Em 1985, durante uma reunião promovida pela OMS, em Fortaleza, no Brasil, um grupo de especialistas em saúde reprodutiva declarou, oficialmente, que a taxa ideal de cirurgias cesarianas é de 15%. Essa afirmação foi baseada em revisões dos poucos dados disponíveis a época, provenientes, principalmente, de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea.

A Organização Mundial de Saúde realizou duas pesquisas. A primeira foi uma revisão sistemática de estudos e trabalhos que buscavam determinar qual seria a taxa ideal de nascimentos através de cirurgias cesarianas em determinada população. A segunda pesquisa analisou todos os dados mais recentes de cada população sobre esse assunto. Baseada nessas pesquisas e estudos, e utilizando técnicas e métodos aceitos internacionalmente para analisar as evidências, a OMS conclui que:

- 1) A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
- 2) Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
- 3) A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais

sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.

- 4) Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
- 5) Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde. (WHO, 2015)

De acordo com a Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas (2015), a proporção de cesarianas por população reflete o nível de acesso a essa intervenção e, essa medida é útil para os governantes e responsáveis por políticas públicas e privadas de promoção de saúde avaliarem os avanços na área de saúde materno-infantil e, dessa forma monitorar os cuidados obstétricos de emergência e o uso de recursos tecnológicos e cirúrgicos. Nos últimos anos, autoridades governamentais e médicos têm se preocupado mais com as possíveis consequências negativas sobre a saúde materno-infantil provenientes da alta incidência de nascimentos por via cirúrgica.

O custo também é um fator importante nessa questão, uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos. (WHO, 2015)

A OMS acredita que cada vez mais informações sobre os benefícios e riscos da cesárea vêm surgindo, principalmente nos últimos trinta anos e houve, inclusive, uma importante melhora nos cuidados obstétricos e avanços nos métodos para avaliar evidências e para formular recomendações. (WHO, 2015)

Consequentemente, profissionais da saúde, cientistas e tomadores de decisão têm vindo a público pedir a revisão das recomendações sobre taxas de cesáreas formuladas

em 1985. Porém, a tarefa de definir qual é a taxa mínima de cesáreas com indicação médica que ao mesmo tempo evite cirurgias desnecessárias é um grande desafio.

4.2 FATORES QUE INFLUENCIAM AS ALTAS TAXAS DE CIRURGIA CESARIANA

De acordo com Faúndes e Cecatti (1991), o aumento na incidência de cesárea é um fenômeno global, mas não há outro país que possua uma curva de aumento tão acentuada e taxas que tenham alcançado níveis tão altos, como o Brasil.

Segundo Sass e Hwang (2009), alguns fatores que contribuíram para este fato foram a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, uma diminuição de riscos de complicações pós-cesárea, uma prática obstétrica defensiva, remuneração do obstetra, além da própria “vontade” da gestante.

De acordo com Faúndes e Cecatti (1991), um grupo de obstetras e outros especialistas brasileiros, da Unicamp, se reuniram, em 1982, para elaborar um relatório com base em suas próprias opiniões e percepções a respeito dos fatores socioculturais que possivelmente influenciam as altas taxas de Cesáreas.

Segundo Faúndes e Cecatti (1991), as razões pelas quais mulheres preferem a cesárea ao parto vaginal seriam duas. Uma delas é o medo da possível dor que sentiriam durante o trabalho de parto e parto, pois acreditam que uma cesárea eletiva permitiria a mulher dar a luz isenta de dores. A outra razão seria a ideia de que ter bebê através de uma cirurgia permitiria a gestante manter intactas a anatomia e a fisiologia da sua vagina de modo que sua vida sexual e autoestima não seriam prejudicadas.

De acordo com os mesmos autores, outro fator sociocultural seria a crença popular e infundada de que partos vaginais oferecem mais riscos do que cirurgias cesarianas. Portanto, uma morte neonatal é muitas vezes atribuída ao fato de o médico não ter feito uma cesárea. E quando há um mau resultado neonatal, depois de uma cesárea, seria atribuída a ideia de que o desfecho foi negativo “apesar da sabia decisão de se realizar uma cesárea.”

Behágue et al (2002) acreditam que, no Brasil, muitas mulheres optam pela cesárea por considera-la sinônimo de bom atendimento médico. Mulheres com mais condições socioeconômicas e maior grau de escolaridade são reconhecidamente mais propensas a cesáreas eletivas, pois acreditam que a intervenção cirúrgica representa tratamento clínico de maior qualidade.

A preferência pela cesariana por parte dos médicos pode ser explicada pela conveniência de uma intervenção com data, horário e local programados, que não tomará muito tempo deste médico e nem bagunçará sua “agenda”. Muito diferente dos partos vaginais que podem se iniciar a qualquer momento, em qualquer lugar e durar muitas horas e até mesmo dias. Ademais, no sistema privado a remuneração é igual tanto para partos vaginais quanto para cesarianas, porém a diferença de duração entre esses dois eventos faz com que o procedimento cirúrgico seja mais vantajoso financeiramente. (FAÚNDES E CECATTI, 1991)

A grande maioria dos autores que analisam essa problemática, concorda que a maneira como se ensina, aprende e pratica a assistência obstétrica, no Brasil, contribui para esta situação. A assistência durante a gestação não prepara a mulher emocionalmente para o momento do nascimento e os medos e inseguranças que toda mulher grávida sente são mais estimulados do que prevenidos, no contexto social, cultural e econômico em que ela passa sua gravidez. (FAÚNDES E CECATTI, 1991).

Sob um contexto de saúde reprodutiva, Potter (1999) correlaciona o aumento da incidência de cesáreas com a esterilização e a correlação é positiva. Existe, porém, uma limitação para compreender até que ponto o aumento das taxas de cesáreas foi motivada pelo desejo das mulheres em obterem esterilização, e até que ponto o aumento no uso de esterilização foi motivado pela cultura da cesárea.

Sakae, Freitas e D’Orsi (2009) realizaram um estudo que analisou 7.243 nascimentos no Hospital Universitário de Florianópolis, entre 2001 e 2005. Sendo a taxa de nascimentos por via cirúrgica de 36,5%, dentre fatores socioeconômicos e demográficos, da mulher e sua experiência reprodutiva e da prática obstétrica, os mais fortemente associados com cesárea foram: cesárea prévia, dilatação cervical menor de 3 centímetros na admissão e apresentação não-cefálica.

4.3 AS CONSEQÜÊNCIAS DA ALTA INCIDÊNCIA DE CESÁREAS

Ao contrário do seu caráter familiar, biológico, social e doméstico do século passado, nas sociedades ocidentais, industriais e modernas, o nascimento se tornou um evento médico que faz uso intensivo de intervenções, tecnologia e medicamentos, traduzido pelo uso saturado de monitoração e pela cirurgia cesárea. Após determinado ponto, porém, essa tecnologia deixa de ser benéfica, atuando sobre a morbimortalidade materna e perinatal. (RATTNER, 1996).

Wagner (2001) afirma, através de dados, que o aumento da morbimortalidade materna em países como Estados Unidos e Brasil pode ser explicado pelo aumento na taxa de partos cesáreos.

Faúndes e Cecatti (1991) argumentam que existem vários riscos da cesárea para o recém-nascido. Um deles é o risco de interromper prematuramente a gravidez, ao calcular erroneamente a idade gestacional, no caso de cesáreas que são agendadas para ocorrerem antes do início do trabalho de parto.

Outro risco possível e alto é o de angústia respiratória para os recém-nascidos de parto cesárea, em comparação com os de parto vaginal. A compressão da cavidade torácica do bebê, ao passar pelo canal vaginal da mãe, faz com que ele expulse líquido amniótico do pulmão e estimule o mesmo, além disso, uma mulher só entra em trabalho de parto quando os pulmões do bebê estão maduros. Segundo os autores, os dados disponíveis indicam que o risco de prematuridade não é apenas uma hipótese, mas um risco real para a cesariana eletiva sem indicação médica. (FAÚNDES E CECATTI, 1991).

Os mesmos autores afirmam que os riscos de mortalidade e morbidade de mulheres submetidas a cesáreas estão relacionados às infecções puerperais, que são mais comuns após cesárea do que parto vaginal. Acidentes e complicações relacionados à anestésias e a aspiração de vômito são outros fatores que contribuem para um risco mais elevado de morbimortalidade materna durante uma cesárea.

Desta forma, quando indicada e realizada adequadamente, esta intervenção pode salvar a vida da mãe e da criança, porém, torna-se um perigo para um ou ambos, quando utilizada somente por conveniência ou negligência.

Além de inúmeros riscos de morbimortalidade para o binômio mãe-bebê, uma cesariana implica uma recuperação, geralmente, mais longa, difícil e dolorosa para a mãe. Isso pode ocasionar um maior período de separação entre mãe e bebê e, conseqüentemente, um atraso no primeiro contato entre eles, o que por sua vez prejudica o vínculo inicial e o início da amamentação.

É fácil compreender porque a taxa e a duração da amamentação são tão afetadas pela cirurgia abdominal. No Brasil, a duração média de amamentação, segundo dados do IBGE, é de apenas 55 dias. Sabendo da importância do aleitamento materno, este é um argumento forte contra a cesariana desnecessária.

Os Estados Unidos admitem que grande parte das cirurgias cesarianas realizadas no país é desnecessária. Além disso, o sistema norte americano de assistência à saúde individualista e baseado no seguro-saúde, com características de economia de mercado e competitividade, evidencia um quadro diferente de países como Holanda e França. A assistência à saúde desses países se dá através de um sistema público, universal e acessível, caracterizado por baixas taxas de cesárea. (PINTO, 2003)

Wagner (2000) argumenta que países como o Brasil, sofrem muito mais com as elevadas taxas de intervenções obstétricas e cirurgias cesarianas do que países como os EUA. O impacto da alta incidência de cesarianas recai mais intensamente sobre os limitados recursos financeiros, sociais e humanos de países em desenvolvimento, causando consequências mais sérias, como aumento na desigualdade da assistência à saúde.

Diniz (2001) lembra que complicações infecciosas, hemorrágicas e anestésicas provenientes do abuso da cesárea, no Brasil, causam um enorme impacto adicional sobre as contas do setor público e até mesmo privado de saúde.

Segundo Faúndes e Cecatti (1991), realizar e/ou assistir a uma cesárea eletiva, ao invés de um parto vaginal, para o profissional da saúde pode parecer não ter nenhuma consequência econômica. Porém, no agregado, a soma de muitas decisões

semelhantes, dia após dia, em varias instituições de saúde, afeta seriamente o custo da assistência à saúde materno-infantil de diversas maneiras.

De acordo com os autores, o custo mais evidente é aquele resultante da realização de uma cirurgia de médio porte, comparado ao custo do parto vaginal assistido, que é um evento pouco medicalizado e instrumentalizado. Além disso, uma cirurgia requer uma estadia mais prolongada e maior uso de medicamentos e outros materiais de consumo.

Outro fator que implica em aumento de custo referente a assistência à saúde é o a prematuridade iatrogênica. Uma cesárea agendada pode ocasionar o nascimento de um bebê prematuro que requer uma assistência neonatal intensiva e integral, por algum tempo, o que poderá também aumentar a demanda dos serviços de saúde durante a primeira infância. (FAÚNDES E CECATTI, 1991)

No capítulo empírico deste trabalho, serão apresentados custos totais referentes a cirurgia cesariana e parto vaginal, pelo SUS, desde 1995 até 2015. Além disso, serão estimados os custos médios para cada via de nascimento.

4.4 MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com Davis-Floyd (2000), antropóloga americana especialista em antropologia do Nascimento, o sistema de saúde enfrenta muitos preconceitos e crenças do meio que o criou. A sociedade ocidental orienta fortemente seus valores fundamentais na ciência, na tecnologia, no patriarcalismo e principalmente no lucro e, desta forma, a tecnologia comanda soberanamente a medicina.

As rotinas dos procedimentos obstétricos têm pouco ou nenhum embasamento em evidencias científica, porém elas continuam sendo utilizadas porque seu sentido não é médico, e sim cultural. Atualmente coexistem três modelos de atendimento obstétrico: (i) Tecnocrático, (ii) Holístico e (iii) Humanístico. Cada um deles carrega consigo doze diferentes característica/crenças, sendo possível visualizá-los puramente ou mesclados, dependendo do profissional, do local e do contexto sociocultural. (DAVIS-FLOYD, 2000).

Modelo Tecnocrático:

1. Separação mente/corpo;
2. O corpo é visto como uma máquina;
3. O paciente é vista como um objeto;
4. Alienação entre médico e paciente;
5. Diagnose e tratamento de fora para dentro (curando doenças, reparando disfunções);
6. Organização hierárquica e padronização do atendimento;
7. Autoridade e responsabilidades inerentes ao médico, não ao paciente;
8. Supervalorização da ciência e da tecnologia;
9. Intervenção agressiva com ênfase em resultado a curto prazo;
10. A morte como uma derrota;
11. Um sistema dirigido pelo lucro;
12. Intolerância com outras modalidades.

Modelo Holístico:

1. Corpo, mente e espírito como uma unidade;
2. O corpo é um sistema de energia ligado com outros sistemas de energia;
3. Cura a pessoa “inteira”, no contexto de sua vida como um todo;
4. Médico e paciente como uma unidade essencial;
5. Diagnose e cura de dentro pra fora;
6. Estrutura organizacional em rede, que facilita a individualização do atendimento;
7. Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo;
8. A ciência e a tecnologia são colocadas a serviço do indivíduo;
9. Uma focalização que objetiva criar e manter a saúde a longo prazo;
10. A morte é encarada como uma etapa de um processo;
11. A cura é o foco principal;
12. Admite várias modalidades de cura.

Modelo Humanístico:

1. Mente e corpo como uma unidade;
2. O corpo como um organismo;
3. O paciente como um sujeito relacional;
4. Conexão e afetividade entre profissional e paciente;
5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro e de dentro para fora;
6. Equilíbrio entre as necessidades da instituição e do indivíduo;
7. Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre profissional e cliente;
8. Ciência e tecnologia contrabalançadas com humanismo;
9. Focalização na prevenção das doenças;
10. Morte como resultado aceitável;
11. Cuidado compassivo;
12. Mente aberta diante de paradigmas alternativos de tratamento.

5 ANÁLISE EMPÍRICA

É necessário enorme esforço e dedicação do governo bem como alocação de recursos para a promoção da saúde e do controle de doenças de um país. Considerando que, no Brasil, os recursos destinados à assistência materno-infantil são escassos, as altas taxas de cirurgias cesarianas devem ser discutidas sob a ótica da análise do impacto no custo deste procedimento para o SUS. (SASS e HWANG, 2009)

O custo mais fácil de identificar é aquele resultante da cirurgia comparado ao parto vaginal assistido, somado a uma estadia mais prolongada e ao maior uso de medicamentos e outros materiais de consumo. No Hospital da Unicamp, a estimativa da diferença de custo entre os dois tipos de parto foi de cerca de 50% maior para a cesárea (US\$48.00 para o parto normal e US\$96.00 para a cesárea). (FAÚNDES E CECATTI, 1991).

As estimativas de custos para cirurgias cesarianas e partos vaginais variam amplamente de acordo com a análise. De acordo com Zupancic (2008), em seu artigo "*The Economics of Elective Cesarean Section*", para cesariana sem trabalho de parto, as estimativas de custo variaram de US\$918 a US\$7.814. Quando comparado com o parto vaginal sem complicações ou um parto vaginal bem sucedida após cesariana prévia, a cesariana eletiva é mais caro na maioria dos estudos relatados, com diferenças de custo que varia de US\$139 a US\$2.294. (ZUPANCIC, 2008)

Tais diferenças, provavelmente, capturam mais de perto as implicações de custos da cesariana eletiva. Em cada caso em que investigadores relataram estimativas de custos de cesariana com trabalho e sem trabalho, este último foi sempre superior. Todas as estimativas esbarraram em dificuldades de quantificar de forma exata aspectos como risco de hemorragia, de infecção, maior permanência hospitalar e a prematuridade iatrogênica. Acrescente-se ainda que a cesárea de hoje implique em custos adicionais no futuro, em vista de maior chance de outra cesárea e complicações tardias, como placenta prévia e acretismo placentário. (ZUPANCIC, 2008)

Neste capítulo, serão analisados dados a respeito de quantidades e valores referentes às internações hospitalares do SUS para nascimentos, para estimar os custos

médios decorrentes das altas taxas de cirurgias cesarianas, em comparação com os custos médios dos nascimentos por via vaginal. Também serão contrastados dados da realidade do SUS com dados hipotéticos, caso seguissemos as recomendações da OMS.

Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Estas informações são consolidadas no DATASUS, formando uma valiosa Base de Dados, contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil.

As informações neste trabalho se referem ao período a partir de janeiro de 1995 a agosto de 2015; e todos os valores monetários foram corrigidos para valores de 2015, utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (IBGE, 2015):

$$\text{Valor Real do Ano X} = \frac{\text{Valor Nominal do Ano X}}{\left(\frac{\text{IPCA de DEZ/Ano X}}{\text{IPCA de SET/2015}} \right)}$$

Elaboração: a autora (2015)

Por exemplo, o Valor Total (Valor Nominal) gasto com Cirurgias Cesarianas, em 1995, foi R\$189.820.419,50, o IPCA de Dezembro de 1995 foi 1244,23 e o IPCA de Setembro de 2015 (ultimo valor disponível durante a elaboração deste trabalho) foi 4370,12. Portanto o Valor Total gasto com Cirurgias Cesarianas, em 1995, a valores de 2015 (Valor Real) foi de R\$666.707.933,15.

5.1 TAXA DE CIRURGIA CESARIANA E TAXA DE PARTO VAGINAL - SUS

A Tabela 3 apresenta dados do SUS referentes às proporções percentuais das duas vias de nascimento (Vaginal e Cirúrgica). A Taxa Nascimentos via Parto Vaginal cresceu de 67,32% para 75,91% entre 1995 e 2000. Porém, já no ano de 2001 a Taxa de Nascimentos via Cirurgia Cesariana é que começa a crescer, quando passa de 25,22% para 41,5% em 2014.

O Artigo britânico “*Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil*”, de Joseph Potter et al. (2001) mostrou que entre 70% e 80% das brasileiras que passaram pela cirurgia cesariana desejavam, na realidade, partos vaginais.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, em 2004, as cesarianas representaram 79,7% dos partos atendidos no setor de saúde suplementar, enquanto no SUS essa proporção foi de 27,7%.

Tabela 3
Nascimentos SUS

Ano	Vaginal	Cesariana
1995	67,32%	32,68%
1996	67,53%	32,47%
1997	67,84%	32,16%
1998	71,40%	28,60%
1999	74,93%	25,07%
2000	75,91%	24,09%
2001	74,78%	25,22%
2002	74,66%	25,34%
2003	73,43%	26,57%
2004	72,30%	27,70%
2005	71,23%	28,77%
2006	69,69%	30,31%
2007	68,01%	31,99%
2008	66,76%	33,24%
2009	65,35%	34,65%
2010	63,28%	36,72%
2011	61,66%	38,34%
2012	59,89%	40,11%

2013	58,99%	41,01%
2014	58,50%	41,50%
2015	59,67%	40,33%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Notas: Situação da base de dados nacional em 25/08/2015; Dados 2014 a 2015 Sujeitos a retificação. Elaboração: a autora.

5.2 CUSTOS MÉDIOS

A Tabela 4 contém a quantidade de AIH – Autorização de Internação Hospitalar aprovadas nos períodos e os respectivos valores totais, referentes a internações para nascimentos pelo SUS (tanto vaginal quanto cirúrgico). Com base nestes dados, foi possível calcular o custo médio dos nascimentos em cada ano.

Tabela 4

Quantidade, Valor e Custo Médio dos Nascimentos – SUS

Ano	AIH Aprovadas	Valor Total	Custo Médio
1995	2.801.719	R\$ 1.491.834.044,17	R\$ 532,47
1996	2.725.101	R\$ 1.356.576.723,45	R\$ 497,81
1997	2.701.614	R\$ 1.286.395.576,76	R\$ 476,16
1998	2.604.207	R\$ 1.676.949.063,37	R\$ 643,94
1999	2.634.676	R\$ 1.913.220.428,38	R\$ 726,17
2000	2.488.052	R\$ 1.681.508.910,08	R\$ 675,83
2001	2.389.141	R\$ 1.599.571.074,72	R\$ 669,52
2002	2.328.467	R\$ 1.406.316.300,26	R\$ 603,97
2003	2.246.503	R\$ 1.359.029.163,28	R\$ 604,95
2004	2.230.237	R\$ 1.535.066.616,69	R\$ 688,30
2005	2.224.040	R\$ 1.545.415.711,91	R\$ 694,87
2006	2.133.036	R\$ 1.541.680.795,68	R\$ 722,76
2007	2.096.904	R\$ 1.595.018.718,94	R\$ 760,65
2008	1.975.142	R\$ 1.665.659.074,67	R\$ 843,31
2009	1.999.938	R\$ 1.802.652.766,75	R\$ 901,35
2010	1.965.617	R\$ 1.701.892.766,99	R\$ 865,83
2011	1.948.403	R\$ 1.605.102.211,93	R\$ 823,80
2012	1.886.902	R\$ 1.492.441.870,09	R\$ 790,95
2013	1.894.324	R\$ 1.424.009.147,26	R\$ 751,72
2014	1.921.265	R\$ 1.363.737.895,59	R\$ 709,81
2015	1.168.775	R\$ 775.357.527,27	R\$ 663,39

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: Situação da base de dados nacional em 25/08/2015; Dados de janeiro de 2014 até julho de 2015 sujeitos a retificação; Dados deflacionados pelo IPCA para Set/2015. Elaboração: a autora

A seguir, a Tabela 5 apresenta os mesmos dados da tabela anterior, porém, discriminados por via de nascimento. Observa-se que, em todos os períodos, o custo médio das cesarianas foi maior que o custo médio geral e o dos partos vaginais foi menor. E, ao contrastar percentualmente os custos médios do parto vaginal e da cesariana, observa-se que esta chega a ser 70% mais cara do que aquela.

O ano de 1997 apresentou os menores custos médios. Cada nascimento pelo SUS custou em média R\$476,16, sendo que aqueles por via cirúrgica R\$ 652,51, e aqueles por via vaginal R\$392,54.

Os maiores custos médios foram registrados em 2009. Cada nascimento pelo SUS custou em média R\$901,35, sendo que aqueles por via cirúrgica R\$ 1.107,25, e aqueles por via vaginal R\$792,17.

Em relação às AIH aprovadas, estes valores variaram de acordo com o ano e a via de nascimento, não havendo um padrão. Porém, nota-se que estas quantidades tendem a diminuir, haja vista a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade no Brasil.

Tabela 5
Quantidade, Valor e Custo Médio dos Nascimentos – SUS

Ano	Cirurgia Cesariana				Parto Vaginal		
	AIH Aprovadas	Valor Total	Custo Médio	AIH Aprovadas	Valor Total	Custo Médio	
1995	915.474	R\$ 666.707.933,15	R\$ 728,27	1.886.245	R\$ 825.126.111,02	R\$ 437,44	
1996	884.782	R\$ 602.305.286,71	R\$ 680,74	1.840.319	R\$ 754.271.436,74	R\$ 409,86	
1997	868.969	R\$ 567.011.238,45	R\$ 652,51	1.832.645	R\$ 719.384.338,31	R\$ 392,54	
1998	744.729	R\$ 652.278.503,23	R\$ 875,86	1.859.478	R\$ 1.024.670.560,14	R\$ 551,05	
1999	660.431	R\$ 680.543.901,56	R\$ 1.030,45	1.974.245	R\$ 1.232.676.526,82	R\$ 624,38	
2000	599.419	R\$ 589.617.269,25	R\$ 983,65	1.888.633	R\$ 1.091.891.640,82	R\$ 578,14	
2001	602.479	R\$ 604.511.149,07	R\$ 1.003,37	1.786.662	R\$ 995.059.925,65	R\$ 556,94	
2002	590.101	R\$ 532.035.240,87	R\$ 901,60	1.738.366	R\$ 874.281.059,39	R\$ 502,93	
2003	596.833	R\$ 515.548.749,17	R\$ 863,81	1.649.670	R\$ 843.480.414,12	R\$ 511,30	
2004	617.687	R\$ 578.562.357,16	R\$ 936,66	1.612.550	R\$ 956.504.259,53	R\$ 593,16	
2005	639.956	R\$ 596.438.551,75	R\$ 932,00	1.584.084	R\$ 948.977.160,16	R\$ 599,07	
2006	646.523	R\$ 621.389.755,93	R\$ 961,13	1.486.513	R\$ 920.291.039,76	R\$ 619,09	
2007	670.894	R\$ 671.522.645,56	R\$ 1.000,94	1.426.010	R\$ 923.496.073,38	R\$ 647,61	

2008	656.526	R\$	711.138.437,38	R\$	1.083,18	1.318.616	R\$	954.520.637,30	R\$	723,88
2009	693.040	R\$	767.367.725,15	R\$	1.107,25	1.306.898	R\$	1.035.285.041,60	R\$	792,17
2010	721.796	R\$	762.028.849,47	R\$	1.055,74	1.243.821	R\$	939.863.917,52	R\$	755,63
2011	747.111	R\$	745.905.160,72	R\$	998,39	1.201.292	R\$	859.197.051,21	R\$	715,23
2012	756.901	R\$	720.940.395,75	R\$	952,49	1.130.001	R\$	771.501.474,34	R\$	682,74
2013	776.897	R\$	702.628.969,70	R\$	904,40	1.117.427	R\$	721.380.177,56	R\$	645,57
2014	797.343	R\$	679.099.280,22	R\$	851,70	1.123.922	R\$	684.638.615,37	R\$	609,15
2015	471.310	R\$	377.826.171,95	R\$	801,65	697.465	R\$	397.531.355,32	R\$	569,97

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: Situação da base de dados nacional em 25/08/2015; Dados de janeiro de 2014 até julho de 2015 sujeitos a retificação; Dados deflacionados pelo IPCA para Set/2015. Elaboração: a autora.

5.3 REALIDADE DO SUS *VERSUS* EXPECTATIVA DA OMS

Nas Tabelas 6 e 7 foram contrastados, para cada via de parto, os números referentes ao SUS (Quantidade e Valor Total) com os números referentes a um cenário hipotético, caso o SUS seguisse as recomendações OMS, que estima que a taxa máxima aceitável de cirurgia cesariana não deve ultrapassar 15%.

A Tabela 6 apresenta este contraste para Partos Vaginais. Se seguissemos as recomendações da OMS, a taxa aceitável de partos vaginais não deveria ser menor do que 85%, bem distante dos atuais 60% (2015). A partir desta lógica, o custo com Partos Vaginais para o SUS deveria ser, em média, 83% maior.

Por exemplo, em 1995 o custo total dos partos vaginais para o SUS foi de R\$825.126.111,02, a taxa foi 67%, e o custo médio de R\$437,44. Mantendo o mesmo custo médio, porém a uma taxa de 85%, ao invés de 67%, o custo total seria de R\$1.041.755.327,24, um valor 79,2% maior. Seguindo a mesma lógica, para 2015, o valor deveria ser 70,2% maior.

Tabela 6
Parto Vaginal

Ano	Expectativa da OMS				Realidade do SUS			
	%	Quantidade	Valor Total		%	Quantidade	Valor Total	
1995	85%	2.381.461	R\$	1.041.755.327,24	67%	1.886.245	R\$	825.126.111,02
1996	85%	2.316.336	R\$	949.371.260,93	68%	1.840.319	R\$	754.271.436,74
1997	85%	2.296.372	R\$	901.415.156,67	68%	1.832.645	R\$	719.384.338,31
1998	85%	2.213.576	R\$	1.219.797.227,29	71%	1.859.478	R\$	1.024.670.560,14
1999	85%	2.239.475	R\$	1.398.280.239,70	75%	1.974.245	R\$	1.232.676.526,82
2000	85%	2.114.844	R\$	1.222.673.067,57	76%	1.888.633	R\$	1.091.891.640,82

2001	85%	2.030.770	R\$	1.131.012.858,59	75%	1.786.662	R\$	995.059.925,65
2002	85%	1.979.197	R\$	995.402.812,87	75%	1.738.366	R\$	874.281.059,39
2003	85%	1.909.528	R\$	976.346.232,06	73%	1.649.670	R\$	843.480.414,12
2004	85%	1.895.701	R\$	1.124.459.093,81	72%	1.612.550	R\$	956.504.259,53
2005	85%	1.890.434	R\$	1.132.502.246,59	71%	1.584.084	R\$	948.977.160,16
2006	85%	1.813.081	R\$	1.122.467.028,91	70%	1.486.513	R\$	920.291.039,76
2007	85%	1.782.368	R\$	1.154.276.771,36	68%	1.426.010	R\$	923.496.073,38
2008	85%	1.678.871	R\$	1.215.302.051,92	67%	1.318.616	R\$	954.520.637,30
2009	85%	1.699.947	R\$	1.346.646.801,20	65%	1.306.898	R\$	1.035.285.041,60
2010	85%	1.670.774	R\$	1.262.481.192,92	63%	1.243.821	R\$	939.863.917,52
2011	85%	1.656.143	R\$	1.184.518.664,35	62%	1.201.292	R\$	859.197.051,21
2012	85%	1.603.867	R\$	1.095.030.467,85	60%	1.130.001	R\$	771.501.474,34
2013	85%	1.610.175	R\$	1.039.485.009,72	59%	1.117.427	R\$	721.380.177,56
2014	85%	1.633.075	R\$	994.790.010,30	58%	1.123.922	R\$	684.638.615,37
2015	85%	993.459	R\$	566.237.737,15	60%	697.465	R\$	397.531.355,32

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: Situação da base de dados nacional em 25/08/2015; Dados de janeiro de 2014 até julho de 2015 sujeitos a retificação; Dados deflacionados pelo IPCA para Set/2015. Elaboração: a autora.

A tabela 7 traz o contraste mais pertinente: realidade do SUS *versus* expectativa da OMS para cirurgias cesarianas. Em 2000, ano em que registrou-se a menor taxa de cesáreas da amostra, 24,09%, o total gasto chegou a R\$ 589.617.269,25 e, como foi exposto na tabela 5, nesse mesmo ano o custo médio da cirurgia cessaria foi de R\$983,65. Se a taxa de cesariana desse ano tivesse sido de, no máximo 15%, o gasto total com essa cirurgia teria sido de R\$367.105.086,59, ou seja, 62,26% menor.

Já em 2014, ano em que se registrou a maior taxa de cesariana dos últimos 20 anos, 41,50%, o custo total da cirurgia cesárea para o SUS foi de R\$679.099.280,22. Sabendo, vide Tabela 5, que o custo médio desse ano foi de R\$801,65, uma taxa de 15% teria gerado um gasto 36,14% menor, de R\$245.452.022,27.

Tabela 7
Cirurgia Cesariana

Expectativa da OMS				Realidade do SUS		
Ano	%	Quantidade	Valor Total	%	Quantidade	Valor Total
1995	15%	420.258	R\$ 306.059.202,73	33%	915.474	R\$ 666.707.933,15
1996	15%	408.765	R\$ 278.262.228,29	32%	884.782	R\$ 602.305.286,71
1997	15%	405.242	R\$ 264.424.651,50	32%	868.969	R\$ 567.011.238,45
1998	15%	390.631	R\$ 342.138.196,05	29%	744.729	R\$ 652.278.503,23
1999	15%	395.201	R\$ 407.236.944,75	25%	660.431	R\$ 680.543.901,56
2000	15%	373.208	R\$ 367.105.086,59	24%	599.419	R\$ 589.617.269,25

2001	15%	358.371	R\$	359.579.928,39	25%	602.479	R\$	604.511.149,07
2002	15%	349.270	R\$	314.901.983,19	25%	590.101	R\$	532.035.240,87
2003	15%	336.975	R\$	291.081.880,10	27%	596.833	R\$	515.548.749,17
2004	15%	334.536	R\$	313.345.879,65	28%	617.687	R\$	578.562.357,16
2005	15%	333.606	R\$	310.920.562,50	29%	639.956	R\$	596.438.551,75
2006	15%	319.955	R\$	307.517.300,87	30%	646.523	R\$	621.389.755,93
2007	15%	314.536	R\$	314.830.328,24	32%	670.894	R\$	671.522.645,56
2008	15%	296.271	R\$	320.916.322,16	33%	656.526	R\$	711.138.437,38
2009	15%	299.991	R\$	332.164.349,86	35%	693.040	R\$	767.367.725,15
2010	15%	294.843	R\$	311.277.049,41	37%	721.796	R\$	762.028.849,47
2011	15%	292.260	R\$	291.788.740,80	38%	747.111	R\$	745.905.160,72
2012	15%	283.035	R\$	269.588.204,00	40%	756.901	R\$	720.940.395,75
2013	15%	284.149	R\$	256.985.209,18	41%	776.897	R\$	702.628.969,70
2014	15%	288.190	R\$	245.452.022,27	42%	797.343	R\$	679.099.280,22
2015	15%	175.316	R\$	140.542.461,69	40%	471.310	R\$	377.826.171,95

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: Situação da base de dados nacional em 25/08/2015; Dados de janeiro de 2014 até julho de 2015 sujeitos a retificação; Dados deflacionados pelo IPCA para Set/2015. Elaboração: a autora.

5.4 DIFERENÇA DE GASTOS

Na Tabela 8 foram compilados os valores totais referentes a nascimentos pelo SUS e os valores totais referentes a nascimentos do cenário hipotético recomendado pela OMS. Ao lado foram estimadas as diferenças de valores, ano a ano.

A maior diferença foi detectada em 1995, R\$144.019.514,19, ou seja, se o SUS seguisse a recomendação da OMS, nascer no SUS teria custado 10,96% menos para os cofres públicos. Em 2015, em apenas 8 meses a diferença foi de R\$68.577.328,43, ou seja, 9,7% a mais do que o ideal.

Tabela 8

Gastos com Nascimentos do SUS: Expectativa x Realidade

Ano	Expectativa da OMS	Realidade do SUS	Diferença	Diferença
1995	R\$ 1.347.814.529,98	R\$ 1.491.834.044,17	R\$ 144.019.514,19	10,69%
1996	R\$ 1.227.633.489,22	R\$ 1.356.576.723,45	R\$ 128.943.234,23	10,50%
1997	R\$ 1.165.839.808,18	R\$ 1.286.395.576,76	R\$ 120.555.768,59	10,34%
1998	R\$ 1.561.935.423,34	R\$ 1.676.949.063,37	R\$ 115.013.640,03	7,36%
1999	R\$ 1.805.517.184,45	R\$ 1.913.220.428,38	R\$ 107.703.243,93	5,97%

2000	R\$	1.589.778.154,16	R\$	1.681.508.910,08	R\$	91.730.755,91	5,77%
2001	R\$	1.490.592.786,99	R\$	1.599.571.074,72	R\$	108.978.287,73	7,31%
2002	R\$	1.310.304.796,05	R\$	1.406.316.300,26	R\$	96.011.504,21	7,33%
2003	R\$	1.267.428.112,16	R\$	1.359.029.163,28	R\$	91.601.051,12	7,23%
2004	R\$	1.437.804.973,46	R\$	1.535.066.616,69	R\$	97.261.643,23	6,76%
2005	R\$	1.443.422.809,09	R\$	1.545.415.711,91	R\$	101.992.902,82	7,07%
2006	R\$	1.429.984.329,78	R\$	1.541.680.795,68	R\$	111.696.465,90	7,81%
2007	R\$	1.469.107.099,60	R\$	1.595.018.718,94	R\$	125.911.619,35	8,57%
2008	R\$	1.536.218.374,08	R\$	1.665.659.074,67	R\$	129.440.700,59	8,43%
2009	R\$	1.678.811.151,06	R\$	1.802.652.766,75	R\$	123.841.615,69	7,38%
2010	R\$	1.573.758.242,33	R\$	1.701.892.766,99	R\$	128.134.524,66	8,14%
2011	R\$	1.476.307.405,16	R\$	1.605.102.211,93	R\$	128.794.806,77	8,72%
2012	R\$	1.364.618.671,85	R\$	1.492.441.870,09	R\$	127.823.198,25	9,37%
2013	R\$	1.296.470.218,90	R\$	1.424.009.147,26	R\$	127.538.928,35	9,84%
2014	R\$	1.240.242.032,57	R\$	1.363.737.895,59	R\$	123.495.863,02	9,96%
2015	R\$	706.780.198,84	R\$	775.357.527,27	R\$	68.577.328,43	9,70%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: Situação da base de dados nacional em 25/08/2015; Dados de janeiro de 2014 até julho de 2015 sujeitos a retificação; Dados deflacionados pelo IPCA para Set/2015. Elaboração: a autora.

A Tabela 9 apresenta os mesmos dados, porém, estes estão acumulados ano a ano. Se o Sistema Único de Saúde tivesse uma taxa de cesárea de no máximo 15%, conforme recomendada pela OMS, e portanto uma taxa de Parto Vaginal de no mínimo 85%, aproximadamente R\$2.399.066.597,01 teriam sido poupados nos últimos 20 anos. Um valor alto que poderia ser investido de outra forma, na saúde materno-infantil.

Tabela 9

Gastos Acumulados com Nascimentos do SUS: Expectativa x Realidade

Ano	Expectativa da OMS Acumulada	Realidade do SUS Acumulada	Diferença Acumulada	Diferença Acumulada
1995	R\$ 1.347.814.529,98	R\$ 1.491.834.044,17	R\$ 144.019.514,19	10,69%
1996	R\$ 2.575.448.019,19	R\$ 2.848.410.767,62	R\$ 272.962.748,42	10,60%
1997	R\$ 3.741.287.827,37	R\$ 4.134.806.344,38	R\$ 393.518.517,01	10,52%
1998	R\$ 5.303.223.250,71	R\$ 5.811.755.407,75	R\$ 508.532.157,04	9,59%
1999	R\$ 7.108.740.435,16	R\$ 7.724.975.836,12	R\$ 616.235.400,96	8,67%
2000	R\$ 8.698.518.589,32	R\$ 9.406.484.746,20	R\$ 707.966.156,88	8,14%
2001	R\$ 10.189.111.376,31	R\$ 11.006.055.820,92	R\$ 816.944.444,61	8,02%
2002	R\$ 11.499.416.172,36	R\$ 12.412.372.121,18	R\$ 912.955.948,82	7,94%
2003	R\$ 12.766.844.284,52	R\$ 13.771.401.284,46	R\$ 1.004.556.999,94	7,87%
2004	R\$ 14.204.649.257,98	R\$ 15.306.467.901,15	R\$ 1.101.818.643,17	7,76%
2005	R\$ 15.648.072.067,07	R\$ 16.851.883.613,06	R\$ 1.203.811.545,99	7,69%
2006	R\$ 17.078.056.396,85	R\$ 18.393.564.408,75	R\$ 1.315.508.011,90	7,70%

2007	R\$	18.547.163.496,45	R\$	19.988.583.127,69	R\$	1.441.419.631,24	7,77%
2008	R\$	20.083.381.870,53	R\$	21.654.242.202,36	R\$	1.570.860.331,83	7,82%
2009	R\$	21.762.193.021,59	R\$	23.456.894.969,11	R\$	1.694.701.947,52	7,79%
2010	R\$	23.335.951.263,92	R\$	25.158.787.736,10	R\$	1.822.836.472,18	7,81%
2011	R\$	24.812.258.669,07	R\$	26.763.889.948,03	R\$	1.951.631.278,95	7,87%
2012	R\$	26.176.877.340,92	R\$	28.256.331.818,12	R\$	2.079.454.477,20	7,94%
2013	R\$	27.473.347.559,82	R\$	29.680.340.965,38	R\$	2.206.993.405,55	8,03%
2014	R\$	28.713.589.592,40	R\$	31.044.078.860,97	R\$	2.330.489.268,58	8,12%
2015	R\$	29.420.369.791,23	R\$	31.819.436.388,24	R\$	2.399.066.597,01	8,15%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: Situação da base de dados nacional em 25/08/2015; Dados de janeiro de 2014 até julho de 2015 sujeitos a retificação; Dados deflacionados pelo IPCA para Set/2015. Elaboração: a autora.

Neste trabalho, ao comparamos o cenário real e não ideal (do SUS) com o cenário hipotético e ideal (recomendado pela OMS), observamos que o gasto total do SUS, com nascimentos seria muito menor, principalmente o gasto acumulado ao longo dos últimos 20 anos.

Essa diminuição de gasto total seria ocasionada por uma mudança nas atuais taxas – diminuição da taxa de cesáreas e consequente aumento das taxas de partos.

Porém, no cenário hipotético ideal estimado por esta pesquisa, considerou-se que os custos médios de cada via de nascimento seriam aqueles estimados pela Tabela 5, ou seja, não foram estimados novos valores para os possíveis custos médios caso o SUS seguisse as recomendações da OMS.

A OMS só estabeleceu que a taxa ideal de cesariana fosse de no máximo 15% pois acredita que as cirurgias além dessa taxa não seriam indicadas baseadas em evidências científicas e sim cirurgias eletivas (a pedido da gestante) ou cirurgias mal indicadas.

Como foi visto no capítulo anterior, cesarianas eletivas e/ou mal indicadas aumentam as chances de morbidade e mortalidade materna e infantil, o que geraria, provavelmente, maiores custos para os hospitais ocasionados por um aumento na quantidade de dias de internação da parturiente e do recém nascido, bem como possíveis encaminhamentos deles para Unidades de Terapia Intensiva, e maiores gastos com medicamentos, anestésicos e profissionais.

Portanto, se apenas cesarianas com indicações baseadas em evidências científicas fossem realizadas, conforme cenário ideal, seria possível que o custo médio

estimado para cirurgias cesarianas fosse menor e, dessa forma, as diferenças estimadas entre este cenário ideal e a realidade fossem ainda maiores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou fornecer uma análise (de natureza exploratória e descritiva) social, econômica e cultural da alta incidência da Cirurgia Cesariana no Sistema Único de Saúde – SUS. É importante frisar que a autora não teve a intenção de fazer uma análise de caráter médico.

Nas últimas décadas o Brasil tem vivenciado uma verdadeira epidemia de cesarianas, a taxa nacional já ultrapassou os 56%, sendo mais de 40% no SUS e chegando a 90% em algumas maternidades privadas. Valores muito além dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

Concluiu-se que os principais determinantes da alta incidência de cesarianas eletivas e/ou mal indicadas são: vontade e ansiedade da gestante; medo da dor do parto; cesariana prévia; demora em dilatar (quando já está em trabalho de parto); crença de que uma cesariana é mais segura do que um parto ou de que a cirurgia cesariana é sinônimo de um atendimento de maior qualidade; medo de alterações na anatomia da vagina e do períneo; comodidade para a agenda do médico; menor duração e portanto maior remuneração para o médico; entre outros.

Da mesma forma, concluiu-se que as principais consequências decorrentes das altas taxas de nascimentos cirúrgicos eletivos e/ou mal indicados são: recuperação mais longa e dolorosa para a puérpera; prematuridade iatrogênica; maiores probabilidades de morbidade e mortalidade materna, fetal e infantil; maior período de internação hospitalar e maiores chances de internações em UTI, para mãe e bebê; demora no primeiro contato, prejudicando o vínculo inicial e podendo afetar a amamentação; maiores custos para o SUS, decorrentes das possíveis intercorrências citadas anteriormente; entre outras.

No início da análise empírica buscou-se analisar as quantidades e valores referentes aos nascimentos no SUS, tanto via vaginal quanto via cirúrgica. Através desses dados, estimou-se os custos médios de cada via de nascimento. Em todos os

períodos analisados, de 1995 a 2015, os custos médios das cesarianas foram mais altos do que os custos médios dos partos, dando os primeiros indícios de que as altas taxas de cirurgias cesarianas, acima dos 15% recomendados pela OMS, são prejudiciais aos cofres públicos.

Na segunda metade da análise empírica, utilizando os custos médios para cada tipo de nascimento, estimados anteriormente, e as taxas de 15% para cesariana e 85% para parto vaginal, recomendadas pela OMS, buscou-se estimar os valores e quantidades de nascimentos do cenário hipotético e ideal recomendado pela OMS. Em seguida, contrastou-se esses dados com aqueles referentes a realidade não ideal do SUS, a fim de calcular a diferença entre eles.

Conforme era previsto, concluiu-se que as diferenças entre os dois cenários mostrou que as altas taxas de cesárias eletivas e/ou mal indicadas oferecem sim prejuízos econômicos para o SUS e, ao calcular a diferença acumulada, estimou-se que nos últimos 20 anos o prejuízo foi de aproximadamente R\$2.399.066.597,01.

Porém, haja vista que os custos médios utilizados para calcular os gastos do cenário ideal, foram os mesmos estimados para a atual realidade do SUS, acredita-se que se houvessem apenas cesarianas com reais indicações, o custo médio desse procedimento poderia ser menor, fazendo com que a diferença entre o cenário ideal e o cenário atual fosse ainda maior.

6.2 RECOMENDAÇÕES

Com a seriedade da atual situação nacional, no que diz respeito às altas taxas de cesarianas, deve-se cobrar a responsabilidade de todos os atores envolvidos na realização deste procedimento: os profissionais da saúde - os mais bem informados sobre as consequências da cesariana sem indicação; e os governos e órgãos – que devem criar e instituir políticas públicas, oferecer serviços de saúde dignos e regulamentar o funcionamento do sistema obstétrico.

Porém, enquanto não forem tomadas providências sociais, culturais e não lucrativas, com o objetivo de diminuir as taxas de cesáreas, corrigindo suas causas, o

cenário atual do Brasil irá continuar refletindo a falta de compromisso médico, governamental e social para humanizar a assistência a gestação, parto e puerpério.

O modelo de assistência obstétrica tecnocrático, dominante no Brasil, é altamente medicalizado e centrado na figura do médico como protagonista que considera o parto como um evento patológico, que muitas vezes adota práticas intervencionistas, desnecessárias e até mesmo violentas na assistência ao período gravídico e que, também, muitas vezes se recusa a informar de maneira consciente, respeitosa e esclarecedora a mulher.

O modelo de assistência obstétrica humanizado, que é o ideal, tem como protagonista do evento e das decisões a mulher que vai parir, e ela tem uma relação mais saudável e amigável com o profissional da saúde que a acompanha e esse adota métodos menos invasivos e apenas quando necessário, dessa forma o parto ocorre de forma mais natural. Esse modelo de atendimento valoriza a medicina baseada em evidências científicas.

Muitas mulheres chegam reconhecem os maiores benefícios do parto vaginal para a sua saúde e a de seus bebês, dessas, algumas preferem fazer um parto do que passar por uma cesariana. Porém a decisão da gestante, na maioria das vezes, é influenciada pela forma como os profissionais envolvidos guiam suas dúvidas e emoções quanto ao parto vaginal e isso precisa mudar.

As vítimas desta realidade não são apenas as mulheres e crianças, mas todo o sistema de saúde nacional e a sociedade como um todo, afinal o SUS pertence a todos os contribuintes.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.** Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 29-60, 2007.

BEHÁGUE, Dominique, VICTORA, Cesar, BARROS, Fernando. **Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, ar social inequafity? A population based birth cohort study finking ethnographic and epidemiological methods.** Brilish Medicai Journal 2002.

BITTENCOURT, Sonia Azevedo; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; LEAL, Maria do Carmo. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva.** 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26\(1\)030](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26(1)030)>. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Conitec. Ministerio da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL, IBGE. **Projeção da População por Sexo e Idade para o Período 2000/2060.** 2014

BRASIL, IBGE. **Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o período 2000/2030.** 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Disposição Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, A Organização e O Funcionamento dos Serviços Correspondentes.** Brasilia, DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência à Saúde.** (DATASUS). Brasília. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2015

BRASIL, Ministério da Saúde - SINASC. **Nascidos vivos - Brasil.** 2015. Disponível em: <<http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 2014

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 75, p. S5-S23, 2000.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização do parto**. Faculdade de Medicina, USP. São Paulo. 2001 (Tese de Doutorado)

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. **A Operação Cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação**. 1991. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/sbzctx>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil** – atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

NORONHA, José Carvalho de et al. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança**. 2008. Disponível em: <http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=298>. Acesso em: 20 jul. 2015

WHO. World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

PAGE, Lesley. **Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North América, Western Europe and New Zealand**. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742647>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2015.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; BESSA, Gina Hunter de; FONSECA, Maria do Carmo. **Parto Cesáreo: Uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte.** 1998. XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a126.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

PINTO, Giovana Carolina de Resende. **Humanização do parto e a importância de seus atores sociais.** 2003. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000294729>. Acesso em: 25 jul. 2015.

PINTO, Rosana. **Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal: semelhanças e diferenças.** 2010.

POTTER, Joseph et al. **Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study.** 2001. British Medical Journal. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC59849/>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

POTTER, Joseph. **The outmoded contraceptive regimes: the cases of México and Brazil.** Population and Development Review 1999.

RATTNER, Daphne. **Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil.** Revista Saúde Pública, 1996, vol.30, no.1, p.19-33.

SAKAE, Thiago Mamôru; FREITAS, Paulo Fontoura; D'ORSI, Eleonora. **Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário.** 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SASS, Nelson; HWANG, Susane Mei. **Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil.** 2009. Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM).

Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

WAGNER, Marsden. **Fish cant see water:** the need to humanize birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001.

WAGNER, Marsden. **Midwifery in the industrialized worfd.** Journal of Social Obstetrics and Gynecology Canada, 1998.

ZUPANCIC, John. **The Economics of Elective Cesarean Section.** 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510808000456>>. Acesso em: 1 out. 2015.