



**Magnitude e tendência da cesariana no  
Município do Rio de Janeiro: contexto e revés  
2000 a 2013**

**Nº 20150601  
Junho - 2015**

Alcides Carneiro, Rosanna Iozzi, Cecília Nicolai, Soraya Fraile Espias e Lucia Santos – IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro



## EXPEDIENTE

---

A **Coleção Estudos Cariocas** é uma publicação virtual de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, vinculada ao portal de informações do Instituto Pereira Passos (IPP) da Secretaria Municipal da Casa Civil da Prefeitura do Rio de Janeiro:

[www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br).

Seu objetivo é divulgar a produção de técnicos da Prefeitura sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro e à sua população. Está também aberta a colaboradores externos, desde que seus textos, bem como os dos colaboradores internos, sejam aprovados pelo Conselho Editorial.

**Periodicidade:** A periodicidade é anual, mas o número de artigos por edição é variável, pois depende da produção de textos por parte dos técnicos do IPP, de outros órgãos e de colaboradores.

**Conselho Editorial:** Fernando Cavallieri, Luis F. Valverde Salandía, Helcio de Medeiros Junior e João Grand Jr.

**Revisão de Texto:** ASCOM / IPP

# MAGNITUDE E TENDÊNCIA DA CESARIANA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: CONTEXTO E REVÉS - 2000 A 2013

*Alcides Carneiro, Rosanna Iozzi, Cecília Nicolai, Soraya Fraile Espias e Lucia Santos – IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro*

## 1 - Introdução

A alta frequência e tendência crescente das cesarianas estão em foco no país. Sua magnitude é quatro vezes superior à recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Isso ocorre, em parte, devido à opção por um modelo de assistência à saúde privatista, médico-hospitalar, intervencionista e medicalizante. Não é uma prática isolada e está dentro de um contexto social, econômico e cultural em que “tempo é dinheiro”, esperar é perder tempo e trabalho de parto é sinônimo de sofrimento. Mas, como toda prática abusiva, propicia o surgimento de reveses, como o crescimento da prematuridade, por exemplo. Até que ponto o nascimento antecipado está associado ao crescimento da cesariana, ainda não se tem definido.

De um lado o modelo assistencial à saúde, construído em uma trajetória histórica com os privilégios corporativistas da classe médica. Do outro, a construção de valores sociais vinculados ao poder econômico, ao papel da mulher na sociedade e o uso reprodutivo do seu corpo.

O modelo de assistência obstétrica faz parte do modo como a sociedade moderna se organiza, uma sociedade em que a tecnologia médica ocupa o espaço antes dedicado às relações humanas. Não é por acaso, que hoje se busca a humanização no cuidado em saúde<sup>1</sup>.

A alta frequência de partos cesarianos resulta em demandas que se potencializam. A formação médica está cada vez mais baseada em instrumentos, máquinas e na busca por uma exatidão matemática. A possibilidade de variações, perturbações e singularidades tão presentes na vida humana, é de certa forma negada pela medicina atual. Um sentimento de insegurança permeia as relações. Profissionais de saúde de um lado e clientes (pacientes e familiares) de outro se relacionam a partir dessa insegurança e o cuidar se transformou na prestação de um serviço.

### ***Parto normal ou cesariano? Quais fatores mediam a direção a ser tomada? Quem decide?***

São questões simultaneamente simples e complexas, pois a realização da cesariana tem indicações específicas, ou seja, – condições que coloquem em risco a vida da mulher ou da criança. As percepções que envolvem o risco são construídas e alimentadas. A ideia de um cuidado hospitalar como o espaço adequado e seguro para lidar com a saúde das pessoas baseou-se nos conhecimentos científicos? Ou na evolução de conhecimentos que propiciaram o controle de infecções e da dor?

***Por que os médicos optam mais pela cesariana? Por questões financeiras, pelo medo do imprevisto, do risco, por considerar que detém o controle da técnica cirúrgica? Porque podem programar sua vida, rotina? Porque a cesariana é mais rápida e porque através dela se antecipam complicações que podem surgir durante um trabalho de parto?***

---

<sup>1</sup> O conceito de humanização no campo da saúde foi influenciado por discussões na sociologia médica ainda na década de 70 nos Estados Unidos e que vem se desdobrando até os dias atuais em todo o mundo. O mesmo aponta para a necessidade da valorização do sujeito em sua realidade pessoal, social e individual e na relação médico-paciente na construção de um novo paradigma de gestão de saúde pública. No Brasil a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) foi lançada em 2003. Deslandes, SF (org.). Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. RJ: Fiocruz, 2006.

Do outro lado mulheres e recém-nascidos. Gestantes solicitando a cesariana programada, com data agendada em uma combinação de conveniências e medos. Nesta construção o modelo assistencial reforça um quadro que isolou a mulher do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, quando não utilizou analgesia para dar maior conforto ao processo, quando generalizou procedimentos que beneficiam mais o médico do que a parturiente, como a episiotomia, a tricotomia, o uso de ocitocina e o jejum da parturiente.

Sobre os recém-nascidos recaem as consequências de nascimentos antecipados, a imaturidade pulmonar, além de toda uma gama de complicações que poderão se instalar e colocar em risco a saúde infantil. Some-se a isso uma recuperação mais lenta da mãe, que passou por uma cirurgia, o que limitará o contato mãe/criança.

Neste trabalho vamos discutir a magnitude e tendência das cesarianas e refletir sobre os reveses dessa prática. A prematuridade se pronuncia como um deles, mas mulheres e profissionais de saúde também podem ser alvos do uso abusivo de uma prática.

## **2 - Objetivo**

Analisar a magnitude e tendência do parto cesariano e o aumento dos nascimentos pré-termo segundo esfera administrativa da rede de serviços oferecida – Sistema Único de Saúde-SUS e Não SUS. avaliando características maternas – idade e escolaridade – e do recém-nascido – peso ao nascer - na cidade do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2013.

## **3 - Metodologia**

Trata-se de um estudo ecológico descritivo cujas fontes de dados foram os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC-SUS), das Internações Hospitalares (SIH-SUS); da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS - 2000 a 2013) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES - 2005 a 2013). Os dados foram extraídos por meio de tabulações no TABNET/Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Foram calculados os seguintes indicadores de saúde anuais:

- Razão entre partos vaginal e cesariano (RPVPC);
- Proporção de nascidos vivos pré-termo moderado (32 a 36 semanas de gestação);
- Duração da gestação - prematuridade (32 a 36 e menos de 37 semanas);
- Tipo de prestador (SUS e não SUS);
- Parto segundo idade (adolescentes 10 a 19 anos; 20 a 34 e 35 e mais);
- Escolaridade materna (em anos de estudo: nenhum e até três anos de estudo; quatro a sete anos; de oito a 11 anos e 12 e mais);
- Baixo peso ao nascer do recém-nascido (menos de 2500g e menos de 1500g).

Foram descritas tendências anuais do número de nascimentos por parto cesariano, vaginal e de beneficiários de planos de saúde do segmento hospitalar com assistência obstétrica.

A associação entre nascimento pré-termo (32 a 36 semanas de gestação) e tipo de parto foi mensurada pelo cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Apresentamos a distribuição dos nascimentos segundo tipo de parto e grupos da Classificação de Robson (Betran, 2009), para os anos de 2012 e 2013, em função da incompletude dos dados para os anos de 2010 e 2011, observando a distribuição percentual dos nascimentos pelos dez grupos de características obstétricas das gestantes, conforme o quadro abaixo.

**Quadro 1. Classificação de Robson para estratificação da população de gestantes.**

<b>Grupo</b>	<b>Características</b>
1	Nulíparas com feto único cefálico, $\geq 37$ semanas, trabalho de parto (TP) espontâneo.
2	Nulíparas com feto único cefálico, $\geq 37$ semanas, que tiveram ou trabalho de parto induzido ou cesariana antes do TP.
3	Multípara sem cicatriz uterina prévia, com feto único cefálico, $\geq 37$ semanas, com TP espontâneo.
4	Multípara sem cicatriz uterina prévia, com feto único cefálico, $\geq 37$ semanas, que ou tiveram TP induzido ou cesariana antes do TP.
5	Todas as multíparas com no mínimo uma cicatriz uterina, com feto único cefálico, $\geq 37$ semanas.
6	Todas as nulíparas com feto único pélvico.
7	Todas as multíparas com feto único pélvico incluindo mulheres com cicatriz uterina prévia.
8	Todas as mulheres com gestação múltipla incluindo mulheres com cicatriz uterina prévia.
9	Todas as mulheres com gestação única, transversa ou oblíqua, incluindo mulheres com cicatriz uterina prévia.
10	Todas as multíparas com feto único cefálico $\leq 36$ semanas, incluindo mulheres com cicatriz uterina prévia.

## 4 – Resultados e Discussão

Algumas características dos nascimentos foram analisadas segundo o tipo de parto – idade e escolaridade da mãe, tipo de unidade prestadora, duração da gestação e peso ao nascer (tabelas 1 e 2).

**Tabela 1 – Características dos nascimentos por parto vaginal segundo idade da mãe, escolaridade, tipo de prestador, duração da gestação e peso ao nascer. Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**

Variáveis	Tipo de Parto Vaginal													
	2 000	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
<b>Idade da Mãe</b>														
<19 anos	13 440	12 260	11 758	11 394	10 730	10 429	9 859	10 002	9 549	9 547	9 052	9 490	9 615	9 842
20 a 29	26 660	24 325	24 563	24 342	23 172	21 865	20 925	20 714	20 217	19 840	18 712	18 585	18 257	18 841
30 a 39	9 785	9 172	8 970	8 747	8 641	7 828	7 645	7 653	7 618	7 761	7 302	7 907	7 860	8 180
40 e +	885	820	763	797	796	743	708	693	663	668	636	656	698	701
Total*	98 069	90 788	86 408	87 480	86 404	83 805	81 915	82 421	82 076	84 366	83 124	86 080	86 460	87 534
<b>Escolaridade</b>														
Nenhuma	720	667	555	517	435	392	373	281	212	242	184	170	133	98
1 a 3 anos	4 694	4 095	3 652	3 243	2 909	2 561	2 017	1 747	1 554	1 610	1 618	1 588	1 604	1 346
4 a 7 anos	21 706	19 443	19 057	17 959	16 738	15 677	14 702	14 165	13 044	13 452	12 930	11 331	10 497	10 298
8 a 11 anos	15 443	15 106	15 326	16 513	15 464	14 828	14 927	15 685	16 127	16 272	15 923	19 886	20 672	21 277
12 anos e +	6 330	6 057	6 278	5 830	6 802	6 684	6 544	6 417	5 684	5 275	4 571	3 113	2 547	2 694
Ign	1 986	1 312	1 265	1 276	1 044	764	576	767	1 429	967	478	550	980	1 851
Total	50 879	46 680	46 133	45 338	43 392	40 906	39 139	39 062	38 050	37 818	35 704	36 638	36 433	37 564
<b>Prestador</b>														
Público	39 832	35 066	33 809	34 291	32 768	31 070	30 265	31 203	31 262	32 118	31 941	33 093	33 067	32 057
Privado	7 705	8 552	9 628	8 629	8 136	7 677	7 945	6 822	5 956	4 759	2 900	2 585	2 400	2 190
Total**	47 537	43 618	43 437	42 920	40 904	38 747	38 210	38 025	37 218	36 877	34 841	35 678	35 467	34 247
<b>Duração da Gestação</b>														
< 22 sem	36	33	34	57	28	34	35	39	35	45	38	38	32	40
22 a 27 sem	289	270	242	280	294	237	258	237	273	270	268	240	330	321
28 a 31 sem	445	424	369	420	352	353	298	262	277	280	275	372	456	427
32 a 36 sem	3 126	2 660	2 561	2 665	2 514	2 301	2 286	2 222	2 174	2 161	2 072	2 862	3 185	3 261
37 a 41 sem	46 136	41 889	41 812	40 204	39 480	37 381	35 757	35 843	34 832	34 727	32 779	31 691	30 968	31 786
42 sem e +	338	1 063	264	259	284	230	257	207	170	194	137	1 088	1 172	1 546
Ign ou Não Inf	509	341	851	1 453	440	370	248	252	289	141	135	347	290	178
Total	50 879	46 680	46 133	45 338	43 392	40 906	39 139	39 062	38 050	37 818	35 704	36 638	36 433	37 559
<b>Peso ao Nascer</b>														
< 500g	48	41	48	54	36	49	59	61	52	75	49	59	74	82
500 a 749g	171	171	153	185	190	162	169	157	173	151	168	141	170	146
750 a 999g	181	189	172	177	166	168	146	136	131	128	133	117	152	138
1.000 a 1.499g	400	393	374	372	334	320	285	243	256	281	227	226	244	249
1.500 a 2.499g	4 005	3 717	3 650	3 535	3 173	3 020	2 726	2 763	2 611	2 601	2 433	2 554	2 473	2 425
2.500 a 2.999g	12 678	12 007	12 127	11 725	10 852	10 254	9 840	9 759	9 422	9 188	8 853	9 058	8 820	8 846
3.000 a 3.999g	30 961	28 125	27 569	27 424	26 831	25 195	24 352	24 411	23 790	23 793	22 430	22 985	22 946	24 023
4.000g e mais	2 075	1 688	1 718	1 624	1 633	1 561	1 552	1 520	1 607	1 595	1 408	1 497	1 552	1 643
Ign ou Não Inf	360	349	322	242	177	177	10	12	8	6	3	1	2	
Total	50 879	46 680	46 133	45 338	43 392	40 906	39 139	39 062	38 050	37 818	35 704	36 638	36 433	37 552

Fonte: SES-RJ/TABNET

\*Excluídas informações ignoradas

\*\*Excluídos nascidos em domicílios e outros locais

**Tabela 2 – Características dos nascimentos por parto cesariano segundo idade da mãe, escolaridade, tipo de prestador, duração da gestação e peso ao nascer. Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**

Variáveis	Tipo de Parto Cesariano													
	2 000	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
<b>Idade da Mãe</b>														
<19	5 561	5 217	4 287	4 219	4 377	4 346	4 250	4 138	4 283	4 472	4 328	4 569	4 677	4 496
20 a 29	24 250	22 482	20 226	21 335	21 269	21 037	20 763	20 750	20 972	22 040	21 907	21 839	21 701	21 057
30 a 39	16 086	15 209	14 498	15 162	15 785	15 973	16 185	16 842	17 110	18 305	19 390	21 031	21 512	22 288
40 e +	1 402	1 303	1 343	1 484	1 634	1 584	1 580	1 629	1 664	1 733	1 797	2 003	2 140	2 129
Total*	47 299	44 211	40 354	42 200	43 065	42 940	42 778	43 359	44 029	46 550	47 422	49 442	50 030	49 970
<b>Escolaridade</b>														
Nenhuma	264	240	192	172	149	132	150	114	96	104	76	81	57	64
1 a 3	2 213	2 019	1 831	1 577	1 524	1 410	1 002	979	860	850	886	935	908	841
4 a 7	11 974	11 033	9 199	8 892	9 136	8 748	7 770	7 571	7 074	7 645	7 410	6 973	6 513	6 156
8 a 11	17 591	16 682	15 170	16 529	16 626	17 117	17 350	17 550	18 341	19 703	20 178	23 126	24 214	23 700
12 e +	13 465	13 055	12 907	14 049	14 792	14 762	15 919	16 544	16 747	17 521	18 436	17 721	17 495	18 036
Ign	1 975	1 323	1 147	1 053	908	833	588	601	913	729	437	606	843	1 173
Total	47 482	44 352	40 446	42 272	43 135	43 002	42 779	43 359	44 031	46 552	47 423	49 442	50 030	49 970
<b>Prestador</b>														
Publico	18 687	17 107	14 957	16 111	15 834	14 990	14 085	14 753	15 610	16 938	17 523	18 071	18 483	17 790
Privado	23 481	22 120	20 597	21 367	22 424	22 994	27 431	27 004	27 377	28 496	28 800	30 150	30 291	28 040
Total**	42 168	39 227	35 554	37 478	38 258	37 984	41 516	41 757	42 987	45 434	46 323	48 221	48 774	45 830
<b>Duração da Gestação</b>														
< 22 sem	3	6	2	3	4	1	13	6	8	9	6	17	7	7
22 a 27 sem	109	81	97	125	107	92	146	175	166	174	178	176	178	187
28 a 31 sem	412	413	360	473	425	435	423	440	520	538	534	592	650	704
32 a 36 sem	3 303	2 956	2 940	3 526	3 662	3 510	3 651	3 867	3 961	4 095	3 998	5 090	5 745	5 628
37 a 41 sem	42 759	39 050	36 274	37 086	38 163	38 170	37 999	38 379	38 863	41 314	42 348	41 991	41 974	41 827
42 sem e +	395	1 503	300	308	338	334	346	262	223	244	219	1 189	1 134	1 419
Ign ou Não Inf	501	343	473	751	436	460	201	230	290	178	140	387	342	196
Total	47 482	44 352	40 446	42 272	43 135	43 002	42 779	43 359	44 031	46 552	47 423	49 442	50 030	49 968
<b>Peso ao Nascer</b>														
Menos de 500g	9	10	14	11	14	15	26	32	45	42	40	36	47	48
500 a 749g	58	42	62	71	77	73	82	74	87	92	107	86	87	98
750 a 999g	108	113	121	118	138	137	144	151	148	158	160	160	154	156
1000 a 1499g	440	434	446	480	471	447	486	490	534	567	520	500	532	530
1500 a 2499g	3 600	3 459	3 400	3 524	3 684	3 692	3 663	3 863	3 766	4 076	4 100	4 088	4 209	4 183
2500 a 2999g	9 770	9 507	8 985	9 574	9 633	9 693	9 703	9 865	9 816	10 487	10 866	11 567	11 378	11 614
3000 a 3999g	30 157	27 863	24 873	26 042	26 482	26 308	26 159	26 460	27 127	28 466	28 930	30 221	30 684	30 499
4000g e mais	3 091	2 704	2 318	2 254	2 462	2 491	2 503	2 415	2 505	2 664	2 700	2 784	2 939	2 832
Ign ou Não Inf	249	220	227	198	174	146	13	9	3					
TOTAL	47 482	44 352	40 446	42 272	43 135	43 002	42 779	43 359	44 031	46 552	47 423	49 442	50 030	49 960

Fonte: SES-RJ/TABNET

\*Excluídas informações ignoradas

\*\*Excluídos nascidos em domicílios e outros locais



A distribuição etária das mães que realizaram parto vaginal ou parto cesariano é distinta. No parto vaginal predominam idades maternas mais jovens – menos de 24 anos – e no parto cesariano as idades acima dos 29 anos (Tabela 3).

**Tabela 3 – Distribuição percentual da idade materna segundo tipo de parto. Cidade do Rio de Janeiro 2000 a 2013.**

Ano	10 a 19 anos		20 a 24 anos		25 a 29 anos		30 a 34 anos		35 a 39 anos		40 anos ou mais	
	Vaginal (%)	Cesáreo (%)	Vaginal (%)	Cesáreo (%)	Vaginal (%)	Cesáreo (%)	Vaginal (%)	Cesáreo (%)	Vaginal (%)	Cesáreo (%)	Vaginal (%)	Cesáreo (%)
2000	26	12	31	23	21	28	13	22	6	12	2	3
2001	26	12	31	23	21	27	13	22	7	12	2	3
2002	25	11	32	23	21	27	13	23	6	13	2	3
2003	25	10	32	23	21	28	13	23	6	13	2	4
2004	25	10	31	22	22	27	14	24	6	13	2	4
2005	25	10	31	21	22	28	13	24	6	13	2	4
2006	25	10	31	21	22	28	13	24	6	13	2	4
2007	26	10	30	20	23	28	13	25	6	14	2	4
2008	25	10	30	20	23	28	14	25	6	14	2	4
2009	25	10	30	20	22	28	14	25	7	14	2	4
2010	25	9	30	19	22	27	14	26	7	15	2	4
2011	26	9	29	18	22	26	15	27	7	15	2	4
2012	26	9	29	18	21	25	14	28	7	15	2	4
2013	26	9	29	18	21	24	15	28	7	16	2	4

Fonte: 1996 a 2010: MS/SVS/SINASC; 2011 a 2014: SESI-RJ/Subsecretaria de Vigilância em saúde/Sinasc.

Nota: Excluídas informações ignoradas

Predomina entre as mulheres que realizaram cesariana uma maior escolaridade. Esse perfil sofre influencia da idade, pois as mulheres que realizaram parto vaginal são mais novas, logo se espera menor escolaridade (Tabela 4). Ao longo do período a população aumentou seu nível de instrução. De todo modo, as distribuições mantiveram diferenças de perfis.

**Tabela 4 – Distribuição percentual da escolaridade materna (anos de estudo), segundo tipo de parto\*\*. Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**

Ano nasc	Nenhuma		1 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		12 anos e mais	
	Vaginal	Cesareo	Vaginal	Cesareo	Vaginal	Cesareo	Vaginal	Cesareo	Vaginal	Cesareo
2000	1,5	0,6	9,6	4,9	44,4	26,3	31,6	38,7	12,9	29,6
2001	1,5	0,6	9,0	4,7	42,9	25,6	33,3	38,8	13,4	30,3
2002	1,2	0,5	8,1	4,7	42,5	23,4	34,2	38,6	14,0	32,8
2003	1,2	0,4	7,4	3,8	40,8	21,6	37,5	40,1	13,2	34,1
2004	1,0	0,4	6,9	3,6	39,5	21,6	36,5	39,4	16,1	35,0
2005	1,0	0,3	6,4	3,3	39,1	20,7	36,9	40,6	16,7	35,0
2006	1,0	0,4	5,2	2,4	38,1	18,4	38,7	41,1	17,0	37,7
2007	0,7	0,3	4,6	2,3	37,0	17,7	41,0	41,0	16,8	38,7
2008	0,6	0,2	4,2	2,0	35,6	16,4	44,0	42,5	15,5	38,8
2009	0,7	0,2	4,4	1,9	36,5	16,7	44,2	43,0	14,3	38,2
2010	0,5	0,2	4,6	1,9	36,7	15,8	45,2	42,9	13,0	39,2
2011	0,5	0,2	4,4	1,9	31,4	14,3	55,1	47,4	8,6	36,3
2012	0,4	0,1	4,5	1,8	29,6	13,2	58,3	49,2	7,2	35,6
2013	0,3	0,1	3,8	1,7	28,8	12,6	59,6	48,6	7,5	37,0

Fontes: 1996 a 2010: MS/SVS/SINASC; 2011 a 2014: SESI-RJ/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/Sinasc.

\*\* Cálculo da proporção feito para cada tipo de parto separadamente.

Nota: Excluídas informações ignoradas.



O peso ao nascer e tipo de parto não revelam diferenças importantes entre nascimentos por parto vaginal e cesariano, mas a frequência de baixo peso (menos de 2500g e menos de 1500g) se apresenta de forma diferenciada segundo tipo de parto. Nascidos com menos de 2500g, entre 2000 e 2013, são menos frequentes entre nascimentos de partos vaginais e aumentam entre os cesarianos. No caso dos nascidos com menos de 1500g o nível se mantém ao longo do período para os partos vaginais, enquanto ocorre aumento entre os partos cesarianos (Tabela 5).

**Tabela 5 – Distribuição percentual dos nascimentos segundo tipo de parto e de peso ao nascer - Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**

Tipo de Parto	Variáveis	Ano														
	Peso ao Nascer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Vaginal	< 500g	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	
	500 a 749g	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	
	750 a 999g	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	
	1000 a 1499g	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	
	1500 a 2499g	7,9	8,0	7,9	7,8	7,3	7,4	7,0	7,1	6,9	6,9	6,8	7,0	6,8	6,5	
	2500 a 2999g	24,9	25,7	26,3	25,9	25,0	25,1	25,1	25,0	24,8	24,3	24,8	24,7	24,2	23,6	
	3000 a 3999g	60,9	60,3	59,8	60,5	61,8	61,6	62,2	62,5	62,5	62,9	62,8	62,7	63,0	64,0	
	4000g e mais	4,1	3,6	3,7	3,6	3,8	3,8	4,0	3,9	4,2	4,2	3,9	4,1	4,3	4,4	
	Ign	0,7	0,7	0,7	0,5	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Bx peso <2500g	9,4	9,7	9,5	9,5	9,0	9,1	8,6	8,6	8,5	8,6	8,4	8,5	8,5	8,1	
Bx peso <1500g	1,6	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,5	1,6	1,7	1,6	1,5	1,8	1,6		
Cesariano	< 500g	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
	500 a 749g	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
	750 a 999g	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
	1000 a 1499g	0,9	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1	1,0	1,1	1,1	
	1500 a 2499g	7,6	7,8	8,4	8,3	8,5	8,6	8,6	8,9	8,6	8,8	8,6	8,3	8,4	8,4	
	2500 a 2999g	20,6	21,4	22,2	22,6	22,3	22,5	22,7	22,8	22,3	22,5	22,9	23,4	22,7	23,2	
	3000 a 3999g	63,5	62,8	61,5	61,6	61,4	61,2	61,1	61,0	61,6	61,1	61,0	61,1	61,3	61,0	
	4000g e mais	6,5	6,1	5,7	5,3	5,7	5,8	5,9	5,6	5,7	5,7	5,7	5,6	5,9	5,7	
	Ign	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Bx peso <2500g	8,9	9,1	10,0	9,9	10,2	10,1	10,3	10,6	10,4	10,6	10,4	9,8	10,1	10,0	
Bx peso <1500g	1,3	1,4	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,7		

Fontes: 1996 a 2010: MS/SVS/SINASC; 2011 a 2013: SES-RJ/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SINASC

A duração da gestação em semanas é outra variável de extremo interesse nesta avaliação. Entre partos vaginais e cesarianos a proporção de nascidos vivos a termo (37 a 41 semanas de gestação) diminuiu de forma independente ao tipo de parto e em torno de 7%. Já a proporção de prematuros – (menos de 37 semanas de gestação) é maior entre os partos cesarianos, para qualquer faixa de prematuridade. A proporção de nascidos vivos pós-termo (42 semanas ou mais de gestação) – é a faixa que mais aumenta no período avaliado (tabela 6).

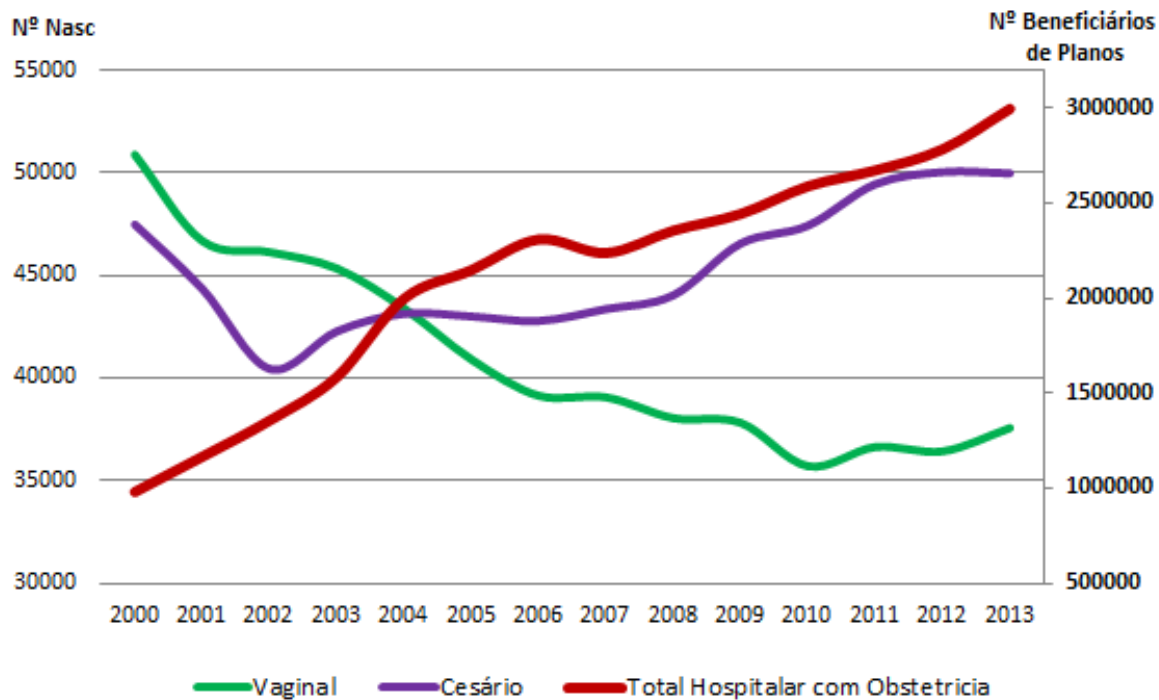
**Tabela 6 – Distribuição percentual dos nascimentos segundo tipo de parto e duração da gestação - Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**

Tipo de Parto e Duração da Gestação	Ano													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Vaginal</b>														
< 22 sem	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
22 a 27 sem	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,9	0,9
28 a 31 sem	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	1,0	1,3	1,1
32 a 36 sem	6,1	5,7	5,6	5,9	5,8	5,6	5,8	5,7	5,7	5,7	5,8	7,8	8,7	8,7
37 a 41 sem	90,7	89,7	90,6	88,7	91,0	91,4	91,4	91,8	91,5	91,8	91,8	86,5	85,0	84,6
42 sem e+	0,7	2,3	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,4	3,0	3,2	4,1
Ign	1,0	0,7	1,8	3,2	1,0	0,9	0,6	0,6	0,8	0,4	0,4	0,9	0,8	0,5
<37 sem	7,6	7,3	6,9	7,5	7,3	7,2	7,4	7,1	7,3	7,3	7,4	9,6	11,0	10,8
<32 sem	1,5	1,6	1,4	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5	1,6	1,6	1,8	2,2	2,1
<b>Cesariano</b>														
< 22 sem	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
22 a 27 sem	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
28 a 31 sem	0,9	0,9	0,9	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,2	1,1	1,2	1,3	1,4
32 a 36 sem	7,0	6,7	7,3	8,3	8,5	8,2	8,5	8,9	9,0	8,8	8,4	10,3	11,5	11,3
37 a 41 sem	90,1	88,0	89,7	87,7	88,5	88,8	88,8	88,5	88,3	88,7	89,3	84,9	83,9	83,7
42 sem e+	0,8	3,4	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,6	0,5	0,5	0,5	2,4	2,3	2,8
Ign	1,1	0,8	1,2	1,8	1,0	1,1	0,5	0,5	0,7	0,4	0,3	0,8	0,7	0,4
<37 sem	1,7	1,7	1,6	2,0	1,8	1,7	1,9	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,6	2,5
<32 sem	8,6	8,0	8,8	10,8	8,4	8,1	8,0	7,7	8,0	7,7	7,8	10,5	11,8	11,3

Fontes: 1996 a 2010: MS/SVS/SINASC; 2011 a 2013: SES-RJ/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SINASC

A razão entre partos vaginais e cesarianos (RPVPC) variou de 1,1 para 0,7: para cada grupo que variou de 110 (2000) a 70 (2013) partos vaginais ocorreram 100 cesarianas. A inversão da predominância de parto vaginal para cesariana ocorre a partir dos anos de 2004/2005 (Gráfico 1).

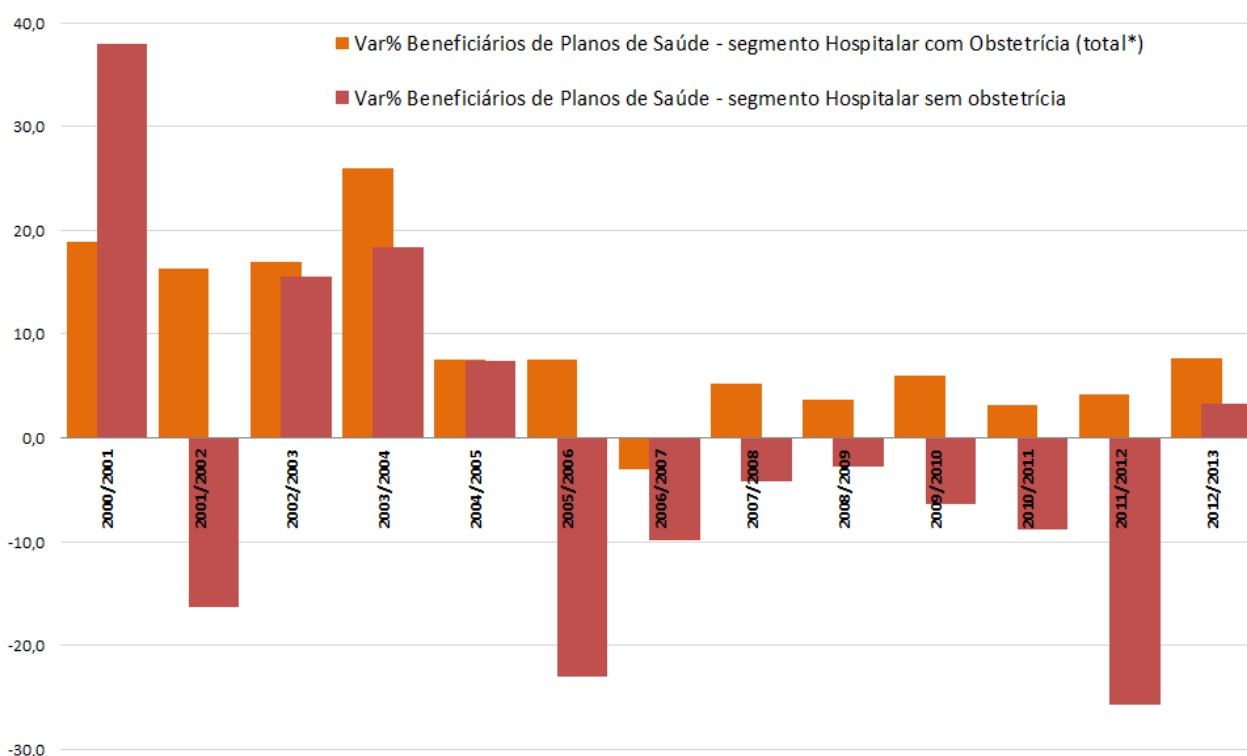
**Gráfico 1 - Nascimentos\* segundo tipo de parto e número de beneficiários de planos do segmento Hospitalar com Obstetrícia\*\*. Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**



Fontes: \* SINASC/TABNET-SES-RJ; \*\* SIB/ANS/MS - 12/2013

De um modo geral a taxa de cobertura populacional de planos de saúde<sup>2</sup> na cidade do Rio de Janeiro cresceu 31% entre 2000 e 2013, respectivamente. Neste mesmo período, observamos a ampliação de beneficiários de planos de saúde no segmento hospitalar com obstetrícia - crescimento anual médio de 17% até 2002 e de 2003 para 2004 essa expansão atinge 26%. De 2005 em diante o crescimento anual foi em média de 5%. Por outro lado, os planos do segmento hospitalar sem obstetrícia encolheram 28% (Gráfico 2).

**Gráfico 2 - Variação Proporcional de Beneficiários de Planos de Saúde  
- segmento Hospitalar com Obstetrícia (total\*) e sem Obstetrícia.  
Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**



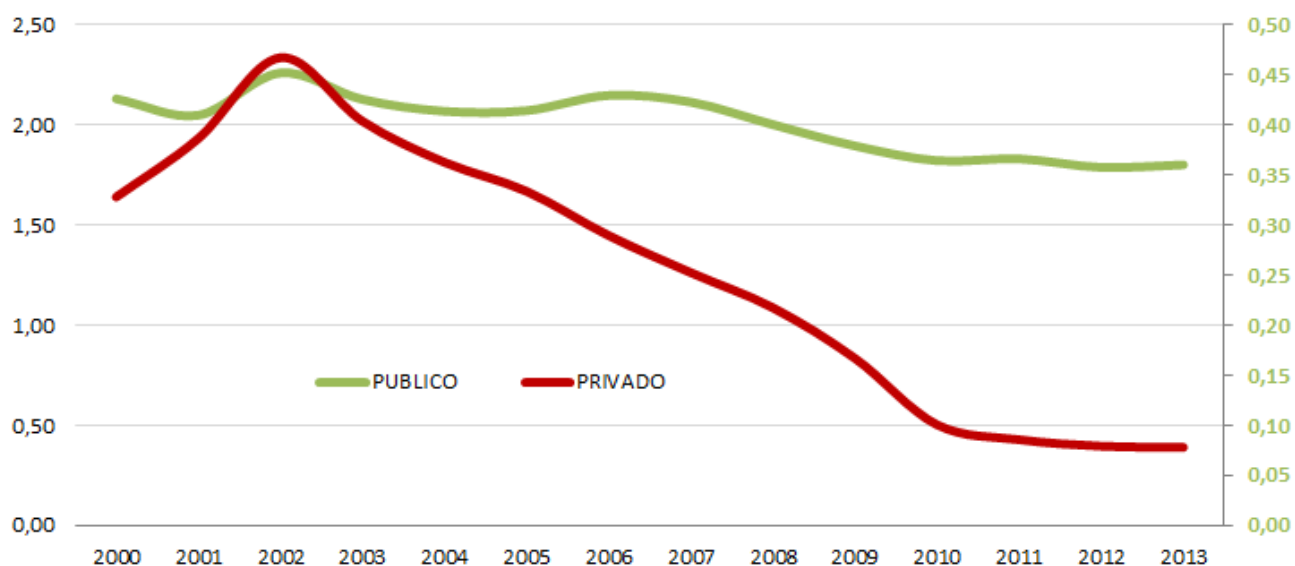
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013

\* Refere-se a variação percentual do total de beneficiários de planos de saúde independente da segmentação.

<sup>2</sup> Taxa de cobertura refere-se a percentual da população coberta por plano privado de saúde. ANS

Quando se avalia a razão de partos vaginais e cesarianos segundo esfera administrativa – Pública e Privada – houve variação de 2,13 para 1,73 no setor público e de 0,33 para 0,08 no setor privado durante o período analisado. No setor público a relação entre parto vaginal e cesáreo caiu 19% nestes 13 anos, mas ainda mantém a média de 17 partos normais para cada 10 cirúrgicos. Na rede privada, por sua vez, a queda foi categórica, 76%, em outras palavras, os partos cesáreos saltaram de 66 em cada 100, para 92 em cada 100 (Gráfico 3).

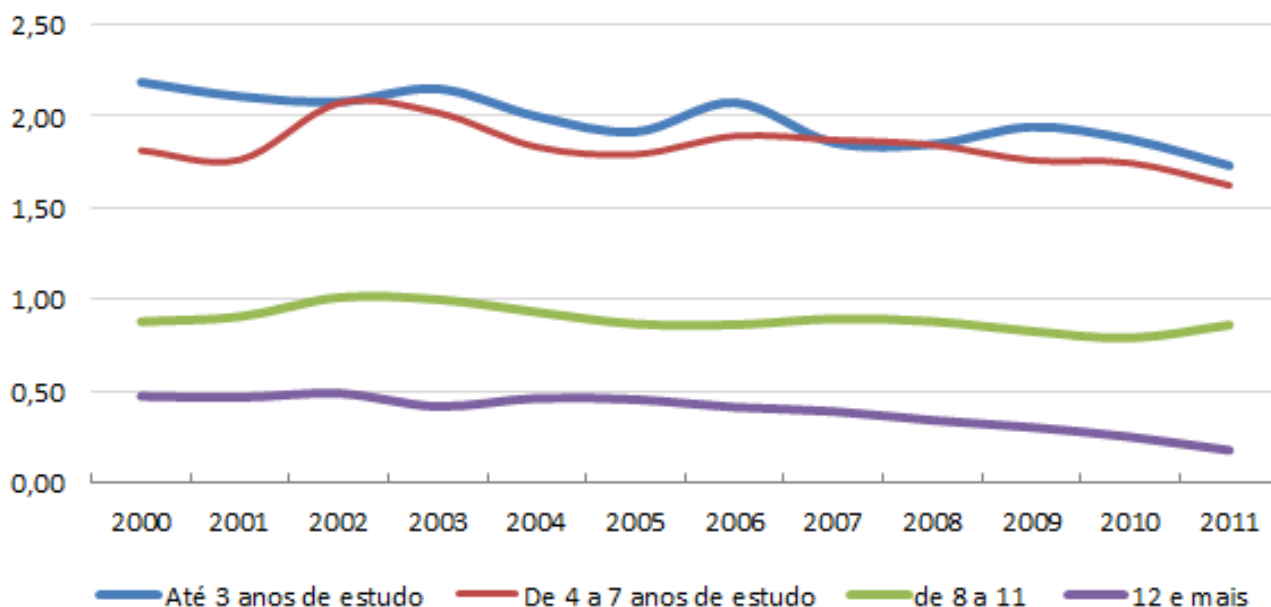
**Gráfico 3 - Razão entre partos vaginais e cesarianos segundo esfera administrativa da rede de assistência - Público e Privada. Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**



Fontes: SES-RJ dados relativos ao ano de 2013; SMS-RJ dados de 2000 a 2012

A razão entre partos vaginais e cesarianos (RPVPC) variou mais nos extremos de escolaridade - de 2,2 para 1,7 no grupo de três (3) anos ou menos de estudo e escolaridade “Nenhuma”- e de 0,47 para 0,18 acima dos 12 anos de estudo (Gráfico 4).

**Gráfico 4 - Razão parto vaginal/parto cesáreo, segundo escolaridade da mãe. Cidade do Rio de Janeiro 2000 a 2011.**



Fontes: 1996 a 2010: MS, SVS, SINASC 2011 a 2014; SES-RJ, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, SINASC.

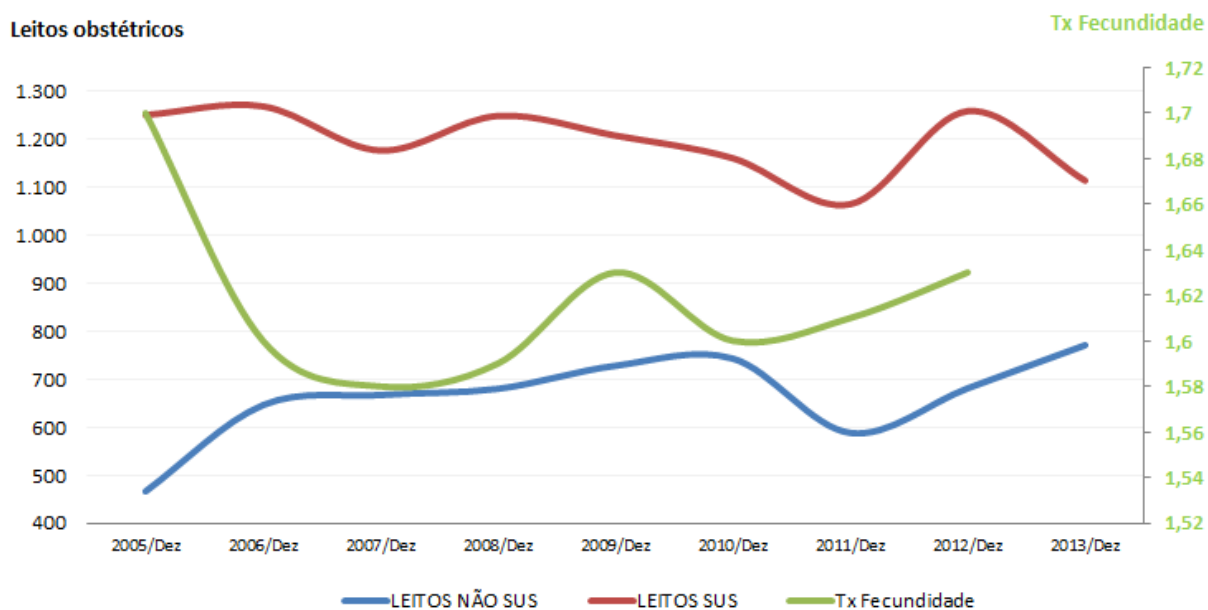
Conforme aumenta a idade da mãe, maior a ocorrência de cesarianas – a RPVPC abaixo dos 19 anos foi de 2,13 enquanto acima dos 35 anos foi de 0,33.

Entre os nascimentos com baixo peso (<2,5kg) a RPVPC variou de 1,1 a 0,6. Passamos a ter mais partos operatórios entre os nascimentos de prematuros (<37 semanas), independentemente do grau de prematuridade – a RPVPC foi de 1,02 em 2000 e de 0,62 em 2013 e mais prematuros entre os partos cesarianos.



Em outra perspectiva, observamos a expansão dos planos de saúde, tendo como resultante o encolhimento da cobertura SUS. Ocorre aumento da remuneração do procedimento de parto normal maior (140%) do que para o parto cesariano (80%), na rede SUS. Há diminuição dos leitos obstétricos na rede SUS (11%) e expansão (65%) dos leitos obstétricos fora da rede SUS. A fecundidade diminuiu 4% no período 2005 a 2012 (SMS-RJ). A "migração" de clientela da rede SUS, onde ainda predomina o parto normal, para fora da mesma, onde prevalece a cesariana, constitui mais um fator para o avanço do parto operatório (Gráfico 5).

**Gráfico 5 - Leitos obstétricos (clínicos e cirúrgicos), SUS e não SUS e taxa de fecundidade Total. Cidade do Rio de Janeiro, 2005 a 2013.**



Fontes: CNES/MS; CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC - RJ; ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IPP/SMU-RJ e Censo 2010.

A Classificação de Robson (Quadro1) utiliza 10 grupos que consideram o antecedente obstétrico, o tipo de gestação, a existência de trabalho de parto e a idade gestacional.

A classificação permite traçar um perfil da população para quem as estratégias devem ser dirigidas. As informações que são a base para esta classificação estão disponíveis no novo modelo na Declaração de Nascido Vivo, no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, a partir do ano de 2010. No município do Rio de Janeiro os grupos mais prevalentes nos anos de 2012 e 2013 foram os Grupos 2 (20,2%) e 5 (17,7%), o que reforça a recomendação para estratégias especificamente dirigidas às nulíparas ou às que já tiveram algum filho, mas não por cesariana. Os grupos 2 (25,3%) e 5 (25,9%) foram responsáveis por mais da metade de todas as cesáreas. Isto reforça a necessidade de se priorizar estratégias para se evitar a primeira cesárea e também a segunda cesáreas de mulheres que já tiveram uma cesárea anterior (tabela 7).

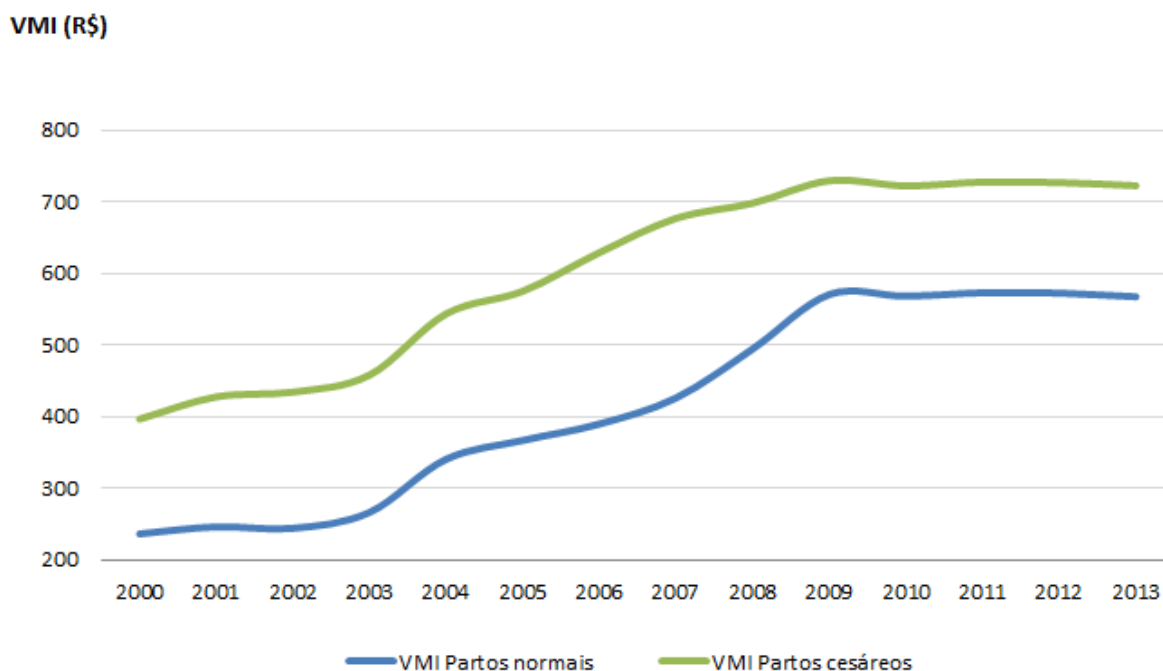
**Tabela 7 – Nascimentos ocorridos na Cidade do Rio de Janeiro, segundo a Classificação de Robson\* e tipo de parto, distribuição percentual entre os grupos e percentual de parto cesariano intragrupos. Anos de 2012 e 2013**

Tipo de Parto 2012	ROBSON 2012- Grupos											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OUTRAS	
Vaginal	8643	4913	9606	4092	3278	119	163	326	2	4201	3657	39000
Cesário	4850	13360	1223	2623	13634	1225	1133	1855	164	5482	7178	52727
Ninf	5	7	10	1	7	1	1	1	0	9	50	92
Ign	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	5
<b>Total</b>	<b>13498</b>	<b>18280</b>	<b>10840</b>	<b>6716</b>	<b>16919</b>	<b>1345</b>	<b>1297</b>	<b>2182</b>	<b>166</b>	<b>9692</b>	<b>10889</b>	<b>91824</b>
<b>% Grupo</b>	<b>14,7%</b>	<b>19,9%</b>	<b>11,8%</b>	<b>7,3%</b>	<b>18,4%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,4%</b>	<b>2,4%</b>	<b>0,2%</b>	<b>10,6%</b>	<b>11,9%</b>	<b>100,0%</b>
<b>% Cesario Intra Grupo</b>	<b>35,9%</b>	<b>73,1%</b>	<b>11,3%</b>	<b>39,1%</b>	<b>80,6%</b>	<b>91,1%</b>	<b>87,4%</b>	<b>85,0%</b>	<b>98,8%</b>	<b>56,6%</b>	<b>65,9%</b>	<b>57,4%</b>
Tipo de Parto 2013	ROBSON 2013- Grupos											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OUTRAS	
Vaginal	10260	4406	11387	3578	2702	122	197	332	7	4165	2777	39933
Cesário	4844	14226	1352	2859	13659	1241	1041	1990	185	5166	5745	52308
Ninf	5	1	2	0	0	1	0	0	0	2	23	34
Ign	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
<b>Total</b>	<b>15109</b>	<b>18633</b>	<b>12741</b>	<b>6437</b>	<b>16361</b>	<b>1364</b>	<b>1238</b>	<b>2322</b>	<b>192</b>	<b>9333</b>	<b>8549</b>	<b>92279</b>
<b>% Grupo</b>	<b>16,4%</b>	<b>20,2%</b>	<b>13,8%</b>	<b>7,0%</b>	<b>17,7%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,3%</b>	<b>2,5%</b>	<b>0,2%</b>	<b>10,1%</b>	<b>9,3%</b>	<b>100,0%</b>
<b>% Cesario Intra Grupo</b>	<b>32,1%</b>	<b>76,3%</b>	<b>10,6%</b>	<b>44,4%</b>	<b>83,5%</b>	<b>91,0%</b>	<b>84,1%</b>	<b>85,7%</b>	<b>96,4%</b>	<b>55,4%</b>	<b>67,2%</b>	<b>56,7%</b>

Fonte: SINASC/SMS-RJ  
\*Consultar Quadro 1

Um aspecto importante na avaliação da tendência do tipo de parto é a remuneração diferenciada para os procedimentos normal e cesariana. O valor médio de internação segundo tipo de parto demonstra um esforço, ao menos da rede SUS, para diminuir as distâncias de pagamento entre um tipo de parto e outro (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Valor médio da internação de partos cesariano e normal/vaginal.  
Cidade do Rio de Janeiro, 2000 a 2013.**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## 5 - Conclusões

A análise do crescimento das cesarianas e da prematuridade deve ser multifatorial. Em relação à prematuridade devem ainda ser considerados erros derivados dos métodos para a estimativa da duração da gestação e sua subestimação quando a fonte de dados é o SINASC. As intercorrências na condução do trabalho de parto de forma natural precisam ser explicitadas, tanto no que diz respeito à indicação da cesariana, quanto à causalidade da prematuridade.

Apesar da diferença de remuneração entre parto normal e cesariana, na rede SUS, ter diminuído 60%, a proporção de partos normais mantém tendência declinante.

Observamos a diminuição dos leitos obstétricos na rede SUS (11%) e expansão (65%) da rede Não SUS. Ao mesmo tempo a fecundidade, um fator que intervém na oferta de leitos, diminui de modo geral, mas se recupera nos últimos dois anos (2011 e 2012). Logo deve ocorrer "migração" de clientela - da rede SUS (predomínio de parto normal) para a rede não SUS (majoritariamente cesarianas).

A inversão da predominância de partos vaginais para cesarianos, pode estar relacionada com a migração gradativa da clientela SUS para os planos de saúde, pois justamente em 2004 ocorre a maior entrada de clientela nos planos hospitalares com obstetria.

Os mecanismos da regulação da saúde suplementar podem contribuir - para inversão da tendência de aumento dos partos cesarianos. O monitoramento dos dados, da esfera pública e dos planos de saúde privados disponibilizados para avaliação das situações envolvidas na indicação do parto operatório, pode indicar por quais caminhos podemos reencontrar modelos de assistência ao parto, que garantam opções baseadas em informação, em conhecimentos e na particularidade de cada caso.

Um dos caminhos indicados para se observar um impacto na redução da taxa de cesariana, é ter estratégias que se concentrem no grupo de mulheres que estão grávidas pela primeira vez e com uma gestação de evolução normal. Isto porque elas representam uma fração grande da população de gestantes e, se tiverem cesárea no primeiro parto, quase certamente terão também cesárea em suas futuras gestações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACETTA, Solange Garcia. *Fatores de risco clínicos, obstétricos e demográficos relacionados à indicação de cesariana em nulíparas em um hospital universitário: estudo de coorte prospectivo*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2011. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. LUME **Repositório Digital**. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/35025>. Acessado em: 30/09/2014.

BARBOSA, Avelar Holanda; FILHO, Olímpio Barbosa Moraes. *Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros*. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 70-9, 2010.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. *Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?*. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BETRÁN, Ana P. et al. *WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections*. **Reprod Health**, v. 6, n. 18, 2009.

DE SOUSA GAMA, Andréa et al. *Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada*. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.

DINIZ, Simone Grilo. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

EISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. *Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980*. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013.

KNUPP, Virgínia Maria de Azevedo. Oliveira; MELO, Enirtes Caetano Prates; OLIVEIRA, Rejane Burlandi. *Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004*. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 39-44, 2008.

MARTINS-COSTA, Sérgio; RAMOS, José Geraldo Lopes. *A questão das cesarianas*. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 10, p. 571-4, 2005.

MATIJASEVICH M., Alicia; BARROS, Fernando Celso.; VICTORA, Cesar Gomes. *Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional*. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. *Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países*. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

HADDAD, Samira El Maerrawi Tebecherane.; CECATTI, José Guilherme. *Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil*. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 5, p. 252-62, 2011.

VICTORA, Cesar Gomes; DE AQUINO, Estella Maria Motta Lima Leão; LEAL, Maria do Carmo; MONTEIRO, Carlos Augusto; DE BARROS, Fernando Celso Lopes Fernandes; SZWARCOWALD, Célia Landmann. *Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios*. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acessado em: 20/05/2014.