



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
Campus Chapecó
Curso de Graduação em Medicina

**FATORES ASSOCIADOS À CESARIANA ELETIVA EM MULHERES ATENDIDAS
EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA DO OESTE CATARINENSE**

Adelaine Marília Pinheiro
Karine Bedin

Chapecó – SC, 2019

ADELAINÉ MARÍLIA PINHEIRO
KARINE BEDIN

**FATORES ASSOCIADOS À CESARIANA ELETIVA EM MULHERES ATENDIDAS
EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA DO OESTE CATARINENSE**

Artigo resultante do Trabalho de Curso apresentado à Universidade Federal da Fronteira Sul como parte dos requisitos para obtenção do grau de Médico (a).

Professora Orientadora: Dra. Máira Rossetto

Professora Co-orientadora: Dra. Joanna d'Arc Lyra Batista

Chapecó – SC, novembro 2019.

Adriane Maria Pinheiro

Karine Bevan

acadêmicas

Fórmula associada à cesariana eletiva em mulheres
atendidas em um hospital referência de alta complexidade

Título do trabalho

Trabalho de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de aprovação no respectivo componente da grade do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Chapecó.

Orientador(a): Prof^º, Dr^º. Maíra Rossetto

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 19 / 11 / 2019

BANCA EXAMINADORA

Lizete

Prof^º. Me. Christiane P. L. de Melo

Schmalfluss

Prof^º. Me. Jaice Moreira Schmalfluss

Fernanda D. da Silva Szpau

Méd. Fernanda Doreles da Silva Szpau

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
RESULTADOS	8
DISCUSSÃO	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	16

FATORES ASSOCIADOS À CESARIANA ELETIVA EM MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA DO OESTE CATARINENSE

Maíra Rossetto
Joice Moreira Schmalfluss
Karine Bedin
Adelaine Marília Pinheiro
Joanna d'Arc Lyra Batista

Resumo

Objetivo: identificar os fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense, no ano de 2016.

Método: estudo transversal realizado com 206 mulheres submetidas à cesárea, no período de agosto a setembro de 2016. Análise multivariada dos dados foi feita com o auxílio do programa *Stata* versão 12.

Resultados: o resultado final do modelo multivariado mostrou associação de forma independente com a cesariana eletiva ter sido paga via particular ou plano de saúde (OR = 39,9 $p < 0,01$) e a cor da pele autorreferida branca (OR = 2,94 $p = 0,035$).

Considerações finais: necessário repensar a formação dos profissionais de saúde, capacitando-os para o cuidado pré-natal e para o parto vaginal, visando, sobretudo, o respeito às indicações absolutas de cesarianas, especialmente nas gestantes atendidas no setor privado da saúde.

Descritores: Saúde da Mulher; Assistência ao Parto; Cesárea; Fatores de Risco; Saúde Suplementar.

Introdução

A assistência ao parto tem sido marcada por intervenções tecnológicas e ampla utilização da cesariana como forma de nascer. Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), o Brasil segue sendo um dos países do mundo que mais usam a técnica cirúrgica para o nascimento.

Culturalmente, a cesárea deixou de ser um procedimento reservado às gestações de alto risco e passou a ser um procedimento agendado, muitas vezes, sem necessidade real de indicação. Um reflexo disso se expressa por índices crescentes de cesáreas no Brasil, que ultrapassaram o parto vaginal, pela primeira vez, em 2009.¹

Observa-se que no Brasil as cesarianas representaram cerca de 55,6% dos nascimentos. Mundialmente o parto cirúrgico tornou-se uma “epidemia” nos últimos 20 anos. Nesse contexto, o Brasil tem sido considerado um modelo desse fenômeno.² Quando avaliada a morbidade materna relacionada a cesariana, identifica-se 27,3 casos com complicações a cada 1.000 procedimentos. Entre os eventos adversos identificados destaca-se parada cardíaca, histerectomia, infecção puerperal, complicações anestésicas, tromboembolismo venoso e hemorragias.³

As indicações de cesárea podem variar dependendo dos serviços oferecidos em regiões diferentes do país. Entre as principais indicações, as mais comuns são histórico de cesariana prévia, falha na progressão de trabalho de parto, apresentação pélvica, sendo na maioria dos casos indicações relativas. Destacam-se como indicações absolutas a desproporção cefalopélvica, cicatriz uterina prévia, feto transverso, prolapso de cordão, placenta previa oclusiva total, herpes genital ativo e morte materna com feto vivo.⁴

A elevada percentagem de cesarianas representa um grande desafio para a política de saúde, visto que a realização indiscriminada desta cirurgia envolve riscos desnecessários, tanto para a mãe quanto para a criança. Mulheres submetidas a cesáreas correm 3,5 vezes mais risco de morrer (dados de 1992-2010) e têm cinco vezes mais chances de contrair uma infecção puerperal (dados de 2000-2011); além da maior probabilidade de ocorrência de partos prematuros.⁵ Por isso, a OMS recomenda que o percentual de cesarianas não ultrapasse a faixa entre 5% e 15% do total de partos.⁵

As altas taxas de cesáreas são consideradas um problema de saúde pública nacional, baseando-se nas controvérsias relacionadas às consequências do procedimento. Como principais consequências destacam-se os riscos desnecessários para a mãe e para o bebê, além dos custos adicionais para o sistema de saúde.⁶ Nesse sentido, essa pesquisa objetivou

identificar os fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense, no ano de 2016.

Método

Foi realizado um estudo transversal com todas as puérperas internadas na maternidade de um hospital referência do oeste catarinense, durante o período de estudo. Foram critérios de inclusão: ser puérpera, estar nas primeiras 48 horas de pós-parto e estar internada na maternidade do referido hospital. Os critérios de exclusão foram: ter idade inferior a 18 anos, não falar português e estar em condições clínicas que impossibilitaram a participação no estudo. Ressalta-se que se estabeleceu um critério de exclusão relacionado ao idioma em virtude do oeste catarinense ter recebido, nos últimos anos, muitos imigrantes haitianos e estes apresentarem dificuldades de compreensão e de fala da língua portuguesa. Para as análises deste artigo foram excluídas as mulheres submetidas a parto vaginal.

O hospital onde a pesquisa foi desenvolvida é responsável por atender cerca de 92 municípios da região oeste do estado de Santa Catarina e 26 municípios do estado do Paraná e Rio Grande do Sul, cobrindo aproximadamente uma população de 1.000.000 de habitantes. Dessa forma, tal instituição de saúde é referência de atendimento para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo a única maternidade e centro obstétrico público do município de Chapecó.

Dados preliminares coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostraram que, em Chapecó, ocorreram 3.183 nascidos vivos no ano de 2013, sendo que 74 nascimentos foram decorrentes de gestação dupla, nenhuma de gestação tripla e três de tipo de gestação ignorada. Considerando-se estes dados, levantou-se o número de 3.146 puérperas no ano de 2013. A partir desses achados e de percentuais de cesariana descritos na literatura,⁷ foi calculado o tamanho de amostra de 156 puérperas, considerando um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%.

A coleta de dados foi realizada diariamente, entre agosto e setembro de 2016, por meio de questionário padronizado aplicado pelas pesquisadoras na beira do leito. O questionário foi elaborado especialmente para esta pesquisa e abordou informações referentes aos antecedentes obstétricos, ao parto atual, ao(s) recém-nascido(s) e ao pré-natal. Informações foram complementadas com consulta ao prontuário e cartão pré-natal de cada puérpera entrevistada.

A variável dependente foi cesariana eletiva cujo registro no prontuário fosse parto por cesariana eletiva (CID-10 O82.0) e/ou cesariana relatada pela puérpera durante a entrevista, como escolha pessoal. As variáveis independentes foram analisadas como associadas à

cesariana e divididas em blocos: variáveis biológicas, variáveis socioeconômicas, variáveis clínicas, variáveis relacionadas ao serviço de saúde e variáveis relacionadas ao recém-nascido.

Os dados foram analisados por meio do programa *Stata* versão 12. As análises de fatores associados foram feitas por meio de regressão logística multivariada, com emprego do *Odds Ratio*. Após análise bivariada, as variáveis que obtiveram um p valor <0,20 foram acrescentadas no modelo multivariado *forward* por blocos de variáveis, permanecendo no modelo final apenas as variáveis com associação $p < 0,05$.

O estudo base foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP UFFS), sob parecer de número 1.575.071 e todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Das puérperas que se adequaram aos critérios de inclusão, três recusaram participar do estudo. No total, foram entrevistadas 343 mulheres no período entre 10 de agosto e 30 de setembro do ano de 2016, para o estudo base. Destas, 206 (60,1%) foram submetidas à cirurgia cesariana e compuseram a amostra deste estudo.

As características das puérperas incluídas no estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1- características das cesarianas realizadas em hospital de referência do Oeste Catarinense. Chapecó-SC. 2016.

Características	Total n (%)	Média (mín. - máx.)
Sociodemográficas		
Idade		28,8 (18 - 42)
Cor da pele autorreferida		
Branca	126 (61,2)	
Parda ou morena	67 (32,5)	
Preta	05 (2,4)	
Amarela ou oriental	02 (1,0)	
Indígena	04 (1,9)	
Não sabe	02 (8,0)	
Variáveis clínicas e laboratoriais		
Eventos de risco durante gestação		
Diabetes gestacional	12 (5,8)	
Pressão alta	32 (15,5)	
Placenta prévia	07 (0,34)	
Eclâmpsia ou convulsão	09 (4,4)	
Cerclagem	03 (1,5)	
Ruptura uterina	01 (0,5)	
Idade gestacional média (em semanas)		38,6 (28 - 42)
Pré-termo (menor que 37 semanas de gestação)	21 (10,2)	
Termo (entre 37 e 41 semanas e 6 dias)	182 (88,3)	
Pós-termo (42 semanas ou mais)	03 (1,5)	
HIV reagente	00 (0,0)	
VDRL reagente	01 (0,5)	
Variáveis relacionadas ao serviço de saúde		
Realização de pré-natal	206 (100%)	
Variáveis relacionadas ao recém-nascido		
Peso do recém nascido		3126,9 (950 - 4570)
Peso do recém nascido gemelar		1952,1 (625 - 2940)
Apgar do primeiro minuto		9 (1 a 10)
Apgar do primeiro minuto do gemelar		8 (8 a 9)

A idade média das participantes foi de 28,8 anos (18 - 42), todas realizaram pré-natal e o percentual de nascimentos prematuros foi de 10,2%. As cesáreas eletivas corresponderam cerca de 88% dos nascimentos a termo e a idade gestacional média das entrevistadas, no momento de interrupção da gestação, foi de 38,6 semanas. Os recém-nascidos apresentaram índice de apgar favorável no primeiro e quinto minuto de vida.

A Tabela 2 apresenta os resultados das análises bivariadas das variáveis avaliadas por cesariana eletiva no hospital onde a pesquisa foi realizada. Foram para a análise multivariada as seguintes variáveis: idade materna de 30 a 42 anos, tipo de pagamento da cesariana privado, ter algum evento durante a gestação e ter realizado três ou mais ultrassonografias durante a gravidez. Optou-se por acrescentar a variável cor da pele autorreferida branca no modelo multivariado por esta apresentar um p valor *boderline*.

No presente estudo algumas variáveis como intercorrências durante a gestação, número de consultas pré-natais e cesáreas anteriores não se apresentaram significativas quando relacionadas à cesariana eletiva.

Tabela 2- frequências e análise bivariada dos fatores biológicos, socioeconômicos, clínicos, relacionados ao serviço de saúde e ao recém-nascido associados à cesariana eletiva. Chapecó-SC. 2016.

	Cesariana Eletiva		OR (IC 95%)	p
	Não n (%)	Sim n (%)		
Variáveis Biológicas				
Cor da pele autorreferida				
Não Branca	67 (85,9)	11 (14,1)	1,0	
Branca	91 (72,2)	35 (27,8)	2,34 (1,11 – 4,95)	0,026
Idade				
18 a 29 anos	90 (86,5)	14 (13,5)	1,0	
30 a 42 anos	70 (68,6)	32 (31,4)	2,94 (1,46-5,93)	0,003
Variáveis Socioeconômicas				
Cidade de residência				
Chapecó	127(77,4)	37 (22,6)	1,0	
Outras cidades	33 (78,6)	09 (21,4)	0,94 (0,41 – 2,13)	0,875
Variáveis relacionadas ao serviço de saúde				
Tipo de pagamento da cesariana				
Público	146 (93,6)	10 (6,4)	1,0	
Privado	14 (28,0)	36 (72,0)	37,54 (15,4 – 91,4)	0,000
Acompanhamento do pré-natal				
Profissionais diferentes	49 (86,0)	8 (14,0)	1,0	
Sempre ou maior parte com o mesmo profissional	111 (74,5)	38 (25,5)	2,10 (0,91 – 4,82)	0,082

Variáveis clínicas				
Cesariana anterior				
Não	84 (77,1)	25 (23,0)	1,0	
Sim	76 (78,3)	21 (21,7)	0,93 (0,48 – 1,79)	0,825
Ter algum evento na gravidez atual*				
Não	118 (73,7)	42 (26,3)	1,0	
Sim	42 (91,3)	4 (8,7)	0,27 (0,09 – 0,80)	0,017
Número de consultas no pré-natal				
Seis ou mais	132 (78,1)	37 (21,9)	1,0	
Cinco ou menos	16 (76,2)	5 (23,8)	1,11 (0,38 – 3,24)	0,842
Número de USG durante a gravidez				
Até duas	40 (90,9)	04 (9,1)	1,0	
Três ou mais	116(73,4)	42 (26,6)	3,62(1,22 – 10,73)	0,020
Variáveis relacionadas ao recém-nascido				
Bebê diagnosticado com agravo				
Não	148 (76,7)	45 (23,3)	1,0	
Sim	12 (92,3)	01 (7,70)	0,30 (0,03 – 2,16)	0,220
Peso do recém-nascido				
<3000g	56 (71,8)	22 (28,2)	1,0	
≥3000g	94(79,7)	24 (20,3)	0,65 (0,33 – 1,26)	0,205
Apgar do 1º minuto				
7 a 10	142 (76,0)	45 (24,0)	1,0	
0 a 6	12 (92,3)	01 (7,7)	0,26 (0,03 – 2,10)	0,205

* Diabetes gestacional, pressão alta, placenta prévia, eclâmpsia, cerclagem e/ou ruptura uterina.

Foi realizada uma análise multivariada *forward* por bloco de variável onde as variáveis foram acrescentadas de acordo com a força de associação, sendo retiradas caso não permanecessem significativas. O resultado final do modelo multivariado é apresentado na Tabela 3 onde permaneceram associados de forma independente com a cesariana eletiva ter a cirurgia paga por via particular ou por plano de saúde (OR = 39,9 p<0,01) e a cor da pele autorreferida branca (OR = 2,94 p=0,035).

Tabela 3- modelo final da regressão multivariada *forward* da associação entre exposições estudadas e cesariana eletiva. Chapecó-SC. 2016.

	OR (IC 95%)	p
Tipo de pagamento da cesariana		
Público	1,0	
Privado	39,9 (15,8 – 101,1)	0,000
Cor da pele autorreferida		
Não branca	1,0	
Branca	2,94 (1,08 – 8,03)	0,035

Discussão

Os resultados mostraram que todas as mulheres submetidas à cesariana eletiva tiveram acompanhamento pré-natal, com realização de ultrassonografias e com poucos eventos de risco durante a gravidez. Mesmo se tratando de um hospital referência para toda a região oeste do estado de Santa Catarina, a maioria das cesarianas eletivas foi de mulheres residentes em Chapecó. Ter a cesariana de forma privada (particular ou por meio de plano de saúde) e ter a cor da pele autorreferida como branca ficaram associadas à realização da cesárea eletiva.

Outros estudos brasileiros também apontaram a associação entre a cesárea em mulheres com nível socioeconômico elevado e que utilizaram o setor privado. Além disso, a alta escolaridade foi associada como um maior risco para a realização de cesárea eletiva.⁸

O tipo de pagamento privado esteve fortemente associado à cesariana eletiva, apresentando uma chance 40 vezes maior quando comparado às mulheres que tiveram parto pelo sistema público de saúde. Outros estudos também evidenciaram uma maior ocorrência de cesarianas no setor privado em comparação com o setor público. Das mulheres que tiveram o desfecho gestacional pelo sistema privado, 93,8% ocorreu por meio de cesariana, e das que tiveram parto pelo SUS, 55,5% ocorreu pela via de nascimento abdominal.^{9,10} Outro estudo apontou uma taxa de cesariana de 51,9%, sendo 42,9% no setor público e 87,9% no setor privado.⁷

A ocorrência de cesariana eletiva pode estar associada a um maior poder aquisitivo que, muitas vezes, facilita o pagamento por este serviço. A cesariana, em muitos casos, deixou de ser um método para melhorar os resultados perinatais e tornou-se um produto de consumo, de tal maneira que suas taxas são menores entre as mulheres mais pobres, aumentando na proporção em que aumenta o poder aquisitivo da população.⁹ Um estudo encontrou relação

entre a preferência por cesariana e melhor condição socioeconômica (escolaridade e maior nível econômico).¹¹

Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pela via abdominal de nascimento no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações.¹ O desestímulo ao parto vaginal foi fortemente observado durante o pré-natal realizado pelo sistema privado, em que o acompanhamento é exclusivo com o médico, enquanto no SUS, em muitos municípios, as consultas são alternadas entre profissionais da Medicina e da Enfermagem.⁹ A decisão pela via de parto recebe muitas influências, tanto dos profissionais de saúde, que muitas vezes acabam por decidir por conta própria o tipo de parto que a mulher deverá ter, quanto pelos próprios familiares.⁹ A escolha pela via de parto, muitas vezes, deve-se a informações perpassadas no pré-natal de forma insatisfatórias, visto que, muitas mulheres afirmam nunca ter recebido nenhum tipo de informação sobre vias de parto durante a consulta, enquanto as que receberam disseram que isso se deu de forma imprecisa e insuficiente.¹²

Grupos de gestantes são apontados por estudos como uma forma de fortalecer discussões e ideias acerca da escolha da via de parto. Assim, envolvem não somente a gestante, mas seu parceiro e demais membros da família, afim de superar medos e construir novas ideias.¹³

A cesariana marcada com antecedência pode ser percebida como um novo tipo de nascimento em que se elimina a imprevisibilidade e permite o planejamento e participação de familiares e amigos no parto e período pós-parto. Assim, a cesariana pode significar, na visão de muitas mulheres, familiares e profissionais, a ideia de que esse procedimento proporciona um maior cuidado com o corpo, estando aliada a uma naturalização das intervenções biomédicas.⁸

O predomínio de cesarianas eletivas também pode estar relacionada a uma falsa percepção de esta cirurgia ser um modo de nascimento mais seguro, menos dolorido e símbolo de *status* social para muitas mulheres brasileiras.⁸ Nesse sentido, uma pesquisa verificou que entre as mulheres do setor privado houve maior percepção de que a cesariana é a via de nascimento mais segura para o bebê quando comparada à realização do parto vaginal.¹

Outro estudo verificou que a escolha da cesariana no pré-natal sofreu forte influência da atuação médica.¹¹ Uma pesquisa realizada com mulheres das classes média e alta, em uma maternidade privada, demonstrou altos índices de cesariana e concluiu que, mesmo que a decisão pela cirurgia tenha influência médica, algumas mulheres também optam por este tipo de procedimento agendado,¹⁴ o que pode indicar uma preferência por comodidade.

A escolha pela cesariana, neste sentido, pode passar por diferentes influências, estando relacionada às decisões da própria mulher, dos profissionais da saúde e, inclusive, por pressões familiares e da sociedade de uma forma geral.

No presente estudo, ter a cor da pele branca esteve associada três vezes mais à realização de cesariana eletiva do que outras cores de pele, mesmo com o controle pelo tipo de pagamento da cesariana. Outros estudos também demonstraram maior proporção de cesariana entre mulheres brancas.¹⁵

Em contrapartida, um estudo brasileiro relaciona a cor da pele branca a maiores taxas de cesárea, principalmente quando a cirurgia ocorreu pelo sistema privado. Além disso, o mesmo estudo mostrou que mulheres que tiveram uma cesárea prévia apresentam maiores chances de serem submetidas a outra cesárea, quando comparou-se a via de parto prévia como sendo vaginal.¹⁶

Estudo realizado na Califórnia demonstrou que mulheres de descendência afro-americana apresentaram taxas mais elevadas de cesáreas quando comparadas com outras mulheres.¹⁷ O estudo também ressaltou que a má comunicação entre profissionais da saúde e mulheres pode ser um fator de risco importante para a alta taxa de cesáreas realizadas. No entanto, o estudo demonstrou que nos resultados encontrados, mulheres afro-americanas que tiveram cesáreas anteriores não apresentaram uma probabilidade significativa de realizar uma nova cesárea, seja ela eletiva ou de emergência.¹⁷

Em comparação às mulheres de cor branca, puérperas de cor preta e parda possuíram maior risco de ter um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade e ausência de acompanhante.¹⁸ Desta forma, foram identificadas diferenças na assistência evidenciadas por disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto, com gradiente de pior para melhor cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas, respectivamente.

A fim de evitar o viés de seleção, as participantes incluídas na pesquisa foram selecionadas por meio de plantão das pesquisadoras, nos sete dias da semana, sendo que todas as puérperas internadas na maternidade do hospital do estudo foram convidadas a participar. Por fim, uma dificuldade enfrentada pelas pesquisadoras ocorreu por conta da rotina diária de coleta de dados em virtude da distância entre o campo de estudo e o local onde estas exercem suas atividades laborais pela Universidade. Outra dificuldade encontrada durante a coleta de dados se aplica a falta ou insuficiência de dados registrados em prontuários do hospital referência.

Considerações finais

O resultado final do modelo multivariado mostrou associados de forma independente com a cesariana eletiva ter essa via de nascimento paga via particular ou por meio de plano de saúde e a cor da pele autorreferida branca, sugerindo que mulheres que dispõem de melhores condições econômicas podem optar por esse procedimento cirúrgico com maior facilidade. A cor da pele autorreferida branca também pode demonstrar que a assistência ao parto das mulheres depende da classe sócio econômica, onde, geralmente, mulheres de cor de pele parda ou negra são mais submetidas ao parto normal do que à cesariana eletiva.

Assim, torna-se necessário repensar a formação dos profissionais da área da saúde, capacitando-os para o cuidado pré-natal e para o parto vaginal, visando, sobretudo, o respeito às indicações absolutas de cesarianas, especialmente nas gestantes atendidas no setor privado.

Uma vez que o presente estudo teve caráter quantitativo, recomenda-se que estudos futuros avaliem de forma qualitativa o processo de cesárea eletiva por meio de uma abordagem a respeito do desejo da mulher quanto à via de parto, com posterior satisfação quanto a sua escolha. Outra possibilidade de estudo seria a análise a respeito da visão da equipe médica sobre os riscos e benefícios da cesárea eletiva.

Referências

1. Domingues RMSM, Dias RAB, Nakamura-Pereira M, Torres JÁ, D'orsi E, Pereira APS, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad saúde pública*. [internet] 2014 [acesso em 2018 Dez 5];30 Supl. 1:1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>
2. Rodrigues JCT, Almeida ESR, Neto AGO, Moreira TA. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Rev Multitexto* [internet] 2016 [acesso em 2019 Nov 20]. Disponível em: <http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174>
3. Lio S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* [internet] 2007 [acesso em 2019 Nov 20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1800583/>
4. Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F. *Rotinas em Obstetrícia*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Secretaria de planejamento e investimento estratégico (SPI/MP). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília: Ipea, MP, SPI, 2014. [acesso em 2019 Jul 15]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22538
6. Saraiva JM, Gouveia HG, Gonçalves AC. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. *Rev gaúch enferm*. [internet] 2017 [acesso em 2019 Jan 28];38(3):e69141. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e69141.pdf>
7. Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jan 28];13(Supl 3):128. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766941>
8. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto & contexto enferm*. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jan 28];25(1):e3570014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>
9. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc*

Enferm USP. [internet] 2016 [acesso em 2018 Dez 5];50(5):734-741. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf

10. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakumara-Pereira M, Torres JA, Domingues RMSM, Dias MAB, et al. Provider-initiated late preterm births in Brazil: differences between public and private health services. PLoS ONE. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jan 25];11(5):1-14. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4873204/pdf/pone.0155511.pdf>

11. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. Texto & contexto enferm. [internet] 2015 [acesso em 2018 Dez 5];24(2):336-43. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf

12. Silva SPC, Prates RCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Rev enferm UFSM. [internet] 2014 [acesso em 2019 Jan 25];4(1):1-9. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861/pdf>

13. Domingues F, Pinto FS, Pereira VM. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. Rev da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba [internet] 2018 [acesso em 2019 Nov 20]. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/30648/pdf>

14. O'Dougherty M. Plot and irony in childbirth narratives of middle-class Brazilian women. Med Anthropol Q. [internet] 2013 [acesso em 2019 Mar 8];27(1):43-62. Disponível em: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/maq.12015>

15. Madeiro A, Rufino AC, Santos AO. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. Epidemiol Serv Saúde. [internet] 2017 [acesso em 2019 Jan 25];26(1):81-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00081.pdf>

16. Freitas PF, Fernandes TMB. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. Rev bras epidemiol. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jan 25];19(3):525-538. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00525.pdf>

17. Huesch M, Doctor JN. Factors associated with increased cesarean risk among African American women: evidence from California, 2010. Am j public health. [internet] 2015 [acesso em 2019 Mar 8];105(5):956-62. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25790391>

18. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da

dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad saúde pública. [internet] 2017 [acesso em 2019 Mar 8];33 Supl 1:e00078816. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>