



ARTIGO ORIGINAL

CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE MATERNA EM SANTA MARIA, RS. 2005-2009
CHARACTERIZATION OF MATERNAL HEALTH IN SANTA MARIA, RS. 2005-2009
CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD MATERNA EN SANTA MARIA, RS. 2005-2009

Juliana Falcão Padilha¹
Lourdes Boufleur Farinha²
Karen Mello de Mattos³
Andriele Gasparetto⁴

RESUMO: Objetivos: relacionar as variáveis maternas advindas do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) de Santa Maria-RS, pautadas em condições de saúde dos nascidos vivos como: idade da mãe, entre outros. **Método:** estudo de abordagem quantitativa descritiva, com dados secundários obtidos na base do DATASUS, com coleta dos dados de março a maio de 2011. **Resultados:** no período compreendido entre os anos de 2005 a 2009 aconteceram em Santa Maria 16504 nascimentos, sendo 62,37% de parto cesáreo e 37,63% de parto vaginal; 49,23% dos nascimentos ocorreram de mulheres com idade entre 20-30 anos; 65,36% das mulheres realizaram sete ou mais consultas pré-natais e quanto maior o grau de instrução, maior é o índice de parto cesáreo. **Conclusões:** houve significativo aumento no número de partos cesáreos prevalentes entre puérperas jovens. Tornam-se necessários mais estudos para que possa ser delineado o perfil populacional deste grupo e assim gerar estratégias loco-regionais efetivas.

Descritores: Idade gestacional; Epidemiologia; Nascimento vivo; Saúde.

ABSTRACT: Objectives: relate the maternal variables coming from the Information System of Live Births (SINASC) from Santa Maria-RS, linked in the live births's health, as: maternal age, among another. **Method:** this study was developed with a quantitative descriptive approach, using secondary data obtained in the basis of DATASUS. The data were collected from March to May of 2011. **Results:** in the period between 2005 and 2009 were registered 16504 live births in Santa Maria, being 62,37% of cesarian and 37,63% vaginal; 49,23% of the live births were from women between 20-30 years; 65,36% of the women had seven or more prenatal visits; and the higher education level, the higher the rate of cesarean. **Conclusions:** there was a significant increase in cesarean section among young postpartum women. It is necessary more studies to be outlined the profile of this population group and generate effective locoregionais strategies. **Descriptors:** Gestational age; Epidemiology; Live birth; Health.

RESUMEN: Objetivos: relacionar las variables maternas que vienen por el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) Santa Maria-RS, con raíces en el estado de salud de los nacidos vivos como la edad materna, entre otros. **Método:** estudio de enfoque cuantitativo descriptivo, con datos secundarios obtenidos sobre la base de DATASUS, recogidos entre marzo hasta mayo de 2011. **Resultados:** entre los años 2005 a 2009

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS. jufpadilha@gmail.com

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (FACEM), Santa Maria, RS. lourdes-farinha@saude.rs.gov.br

³ Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Docente do curso de Nutrição do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS. kmmattos@yahoo.com.br

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS. Grupo Promoção da Saúde e Tecnologias Aplicadas à Fisioterapia. andrieleg@terra.com.br



ocurrieron en Santa Maria 16504 nacimientos, el 62.37% de la cesárea y el 37,63% por vía vaginal; El 49.23% de los nacimientos fue de madres de 20-30 años; el 65,36% de las mujeres tenían siete o más consultas prenatales y cuanto más alto es el nivel educativo, mayor es la tasa de cesárea. **Conclusiones:** hubo un aumento significativo de la cesárea entre mujeres jóvenes embarazadas. Por lo tanto, se necesitan más estudios antes de que se puedan destacar el perfil de este grupo de población y generar estrategias regionales eficaces. **Descriptores:** Edad gestacional; Epidemiología; Nacimiento vivo; Salud.

INTRODUÇÃO

O número de nascidos vivos, para o campo de Saúde Pública, constitui-se em uma relevante informação, pois através do mesmo, pode-se construir inúmeros indicadores voltados para avaliação de riscos à saúde do segmento materno-infantil.¹

Em 1990, as informações sobre nascidos vivos só eram conhecidas no Brasil por estimativas realizadas a partir da informação censitária², porém sentiu-se a necessidade da implantação de um sistema de informações que pudesse coletar dados importantes para a Saúde Pública brasileira. Hoje, esse sistema denomina-se Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e através dele é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).³

O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes como: sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, entre outras. A base de dados nacional é gerada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em cooperação com o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI).⁴

Falar de variáveis maternas como número de consultas pré-natais, tipo de parto é falar de uma assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada, fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no puerpério deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que podem ocorrer neste período.⁵

Pensar sobre Saúde da Mulher é pensar em uma nova sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde a vida intra-uterina. A gravidez e o parto são acontecimentos singulares e especiais, o qual envolve a vivência reprodutiva de homens e mulheres, integrando também suas famílias.⁶ Portanto, a atenção à gestante e ao recém-nascido deve ser proporcionada por uma equipe, na busca da humanização da assistência perinatal ao binômio mãe-bebê.⁷

O Ministério da Saúde (MS), em busca de proporcionar melhores condições maternas e neonatais, vem criando diversas políticas públicas para essa parcela da população, na busca de uma melhor assistência e qualidade de vida para o segmento materno-infantil. Algumas políticas criadas foram o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000), Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias (2008), Rede Cegonha (2011) dentre outras.⁸

Assim, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a cidade de Santa Maria possui 261.031 habitantes, sendo 137.397 mulheres e destas, em torno de 73.369 estão em idade fértil.⁹

Tendo como justificativa do estudo a importância da saúde materna, uma vez que várias doenças infecciosas são transmitidas de forma vertical, a assistência em saúde proporcionada à gestante é uma das principais formas de prevenir tais patologias. A partir disso faz-se necessário obter dados que possam verificar a qualidade e os pontos frágeis do sistema público e privado de saúde o qual permitirá a elaboração de ações de vigilância em saúde, para que os pontos frágeis

sejam melhorados e as qualidades aprimoradas. Essas ações devem ser baseadas nas políticas e programas a nível nacional, estadual e municipal para que as necessidades loco-regionais possam nortear estratégias, levando em consideração suas particularidades. Portanto, deve-se ter conhecimento das variáveis maternas municipais para, então, gerar e monitorar estratégias locais.

O presente artigo tem como objetivo geral relacionar as variáveis maternas advindas do SINASC em Santa Maria, RS, pautadas em condições de saúde dos nascidos vivos e mulheres, tais como: idade da mãe, número de consulta pré-natal, tipo de parto, instrução da mãe e número de nascimentos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse artigo caracterizou-se como um estudo de abordagem quantitativa descritiva, sendo sua coleta realizada de março a maio de 2011 com dados secundários obtidos na base do DATASUS/ Informações de Saúde/ Estatísticas Vitais (disponível online no sistema TABNET de Santa Maria, RS, com possibilidade de realizar cópias das tabelas em formato CVS).

As variáveis analisadas para esta pesquisa foram: número de nascimentos por tipo de parto, número de nascimentos por idade da mãe, número de consultas pré-natal por idade da mãe, por fim, instrução da mãe por tipo de parto.

Foram incluídos os dados referentes à série histórica de 2005 até 2009, sendo este o período selecionado em virtude da determinação da equipe epidemiológica da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, a partir de sua necessidade local. Os dados de 2009 foram atualizados em dezembro de 2010.

Para análise estatística os dados coletados foram organizados em planilhas do Programa Microsoft Excel versão 2007, sendo estes analisados por meio de estatística descritiva simples apresentando os valores absolutos e seus respectivos valores percentuais.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No período de 2005 a 2009, em Santa Maria/RS, ocorreram no total 16504 nascimentos conforme mostra a figura 1.

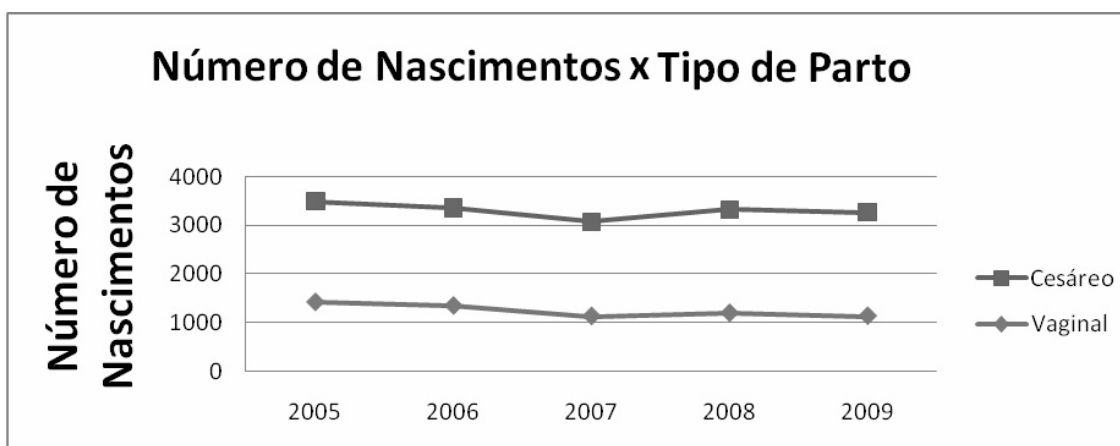


Figura 1 - Número de nascimentos x Tipo de parto, Santa Maria/RS, 2011. Fonte: DATASUS, 2011.²⁹

Destes nascimentos, 10293 (62,37%) foram de parto cesáreo, enquanto que os de parto vaginal somaram 6211 (37,63%). Em 2009 ocorreram 3264 partos, sendo que 2132 (65,31%) foram de cesárea e 1132 (34,68%) de parto vaginal. Também se observa que o número de parto cesáreo supera

o de parto vaginal em toda série histórica e que os grupos seguem um curso muito parecido, com tendência a quase horizontalização das linhas, ou seja, uma estabilização das mesmas.

As elevadas taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo sendo que no Brasil chega a ser considerada epidêmica, pois seus índices são superiores ao nível máximo de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁶ A elevação das taxas de cesárea nas últimas duas décadas, bem como as diferenças observadas entre os países, deve ser contextualizada em função das características socioculturais e o modelo de saúde praticado, os quais poderiam influenciar na escolha pelo tipo de parto.¹⁰

Em 2005, a Holanda foi um dos poucos países a apresentar uma proporção de parto cesáreo abaixo do valor recomendado pela OMS, outros como Suécia e Dinamarca mantiveram essa proporção em até 20%. Valores superiores a 20% foram encontrados em diferentes países, como na Itália e Chile onde chegou a ser superior a 30%.¹¹ Em 2009, a taxa nos Estados Unidos chegou a 32,9%¹² enquanto no Brasil o índice chegou a 50,1%.¹³

Ainda em 2009, o Rio Grande do Sul obteve um total de 55,67% de parto cesáreo e 44,32% de vaginal.¹⁴ Em estudo realizado em dois hospitais de Pelotas-RS, observou-se que há uma tendência atual de superestimar a necessidade de parto cesáreo, ocorrendo uma incidência exagerada deste processo.¹⁵

A escolha do tipo de parto para a realização dos mesmos baseia-se em indicações e contra-indicações, sendo a indicação mais comum para o tipo vaginal a posição cefálica do feto¹⁶ e para o cesáreo a placenta prévia, pós-maturidade, prolapso de cordão, entre outros.¹⁷ Segundo estudos, o tipo de parto também pode ser relacionado à mortalidade infantil, como na cidade de Santa Maria-RS onde a ocorrência de óbitos na série histórica de 2000 a 2008 foi mais frequente nos casos em que foi realizado o parto cesáreo.¹⁸

Pesquisa realizada aponta que as taxas elevadas de parto cesáreo são resultado de distorções na assistência ao parto, tais como indicações inadequadas para cesariana, excesso de cesáreas eletivas, manejo inadequado do trabalho de parto, ausência de partos vaginais operatórios e o próprio peso da opinião médica em sua capacidade de convencimento para com a gestante a favor da realização deste processo cirúrgico.¹⁹

No que se refere ao número de nascimentos e a idade materna, prevaleceu em toda a série histórica em Santa Maria/RS, mães com idade entre 20 a 29 anos, que somaram 8126 (49,23%), como mostra a figura 2.

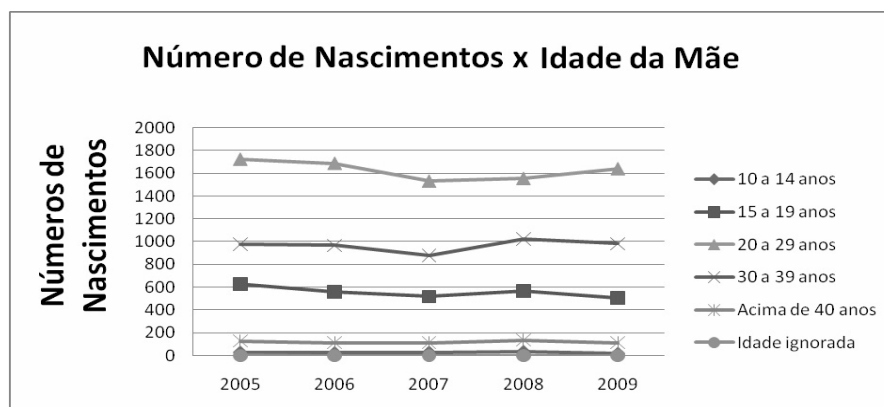


Figura 2 - Número de nascimentos x Idade da mãe, Santa Maria/RS, 2011. Fonte: DATASUS, 2011.²⁹

Especificamente no ano de 2009, ocorreram 3264 nascimentos, desses, 20 (0,61%) eram mães de 10 a 14 anos; 508 (15,53%) de 15 a 19 anos; 1638 (50,18%) de 20 a 29 anos; 984 (30,14%) de 30 a 39 anos e, por fim, 114 (3,49%) tinham mais de 40 anos.

Delimitando apenas os anos de 2008 até 2009 percebe-se um pequeno decréscimo nas idades de 15-19 e 30-39, ao contrário de 20-29 anos que se observa um leve aumento no número de nascimentos neste mesmo período. Já as idades de 10-14 e acima de 40 anos, mantém-se em uma tendência estabilizadora.

Em relação às faixas etárias, sabe-se que a idade é um fator de risco para a gravidez, sendo mulheres acima de 35 anos consideradas gestantes de risco.²⁰ Nesta pesquisa observou-se, de 2005 a 2009, do total (16504), 1855 (11,23%) gestantes tinham de 35 a 39 anos e 606 (3,67%) acima de 40 anos, ou seja, 2461 (14,91%) gestantes de risco.

A questão da gestação tardia tornou-se foco de atenção de mulheres que optam pela maternidade após seus 35 anos. Com a independência da mulher, a entrada da mesma no campo de trabalho, maior acesso às informações, a capacitação profissional e o surgimento dos métodos contraceptivos permitiram às mulheres determinar seu planejamento familiar²¹, repercutindo em gestações mais tardiamente.

A gravidez na adolescência foi o terceiro maior índice de gestantes em Santa Maria, atingindo 2793 (16,92%) de 15 a 19 anos. Outra subdivisão referente à pré-adolescência foi de 140 (0,84%) gestantes de 10 a 14 anos. Assim, nesses grupos, a gravidez constitui situação de maior risco decorrente de complicações inerentes à idade.²² A adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação, porém há possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez.²³ As adolescentes engravidam normalmente sem planejamento por falta de informações, difícil acesso a serviços especializados, desconhecimento de métodos contraceptivos, procura de uma relação afetiva, ou somente devido à experimentação sexual.²⁴

Em relação à figura 3, que condiz ao número de consultas pré-natais dentro da série histórica de 2005 a 2009, obteve-se 16358 respostas desde aquelas que não realizaram consulta até as que realizaram mais de sete, sendo 146 ignoradas. Prevaleceu entre os dados analisados, a realização de sete ou mais consultas, totalizando 10692 (65,36%).

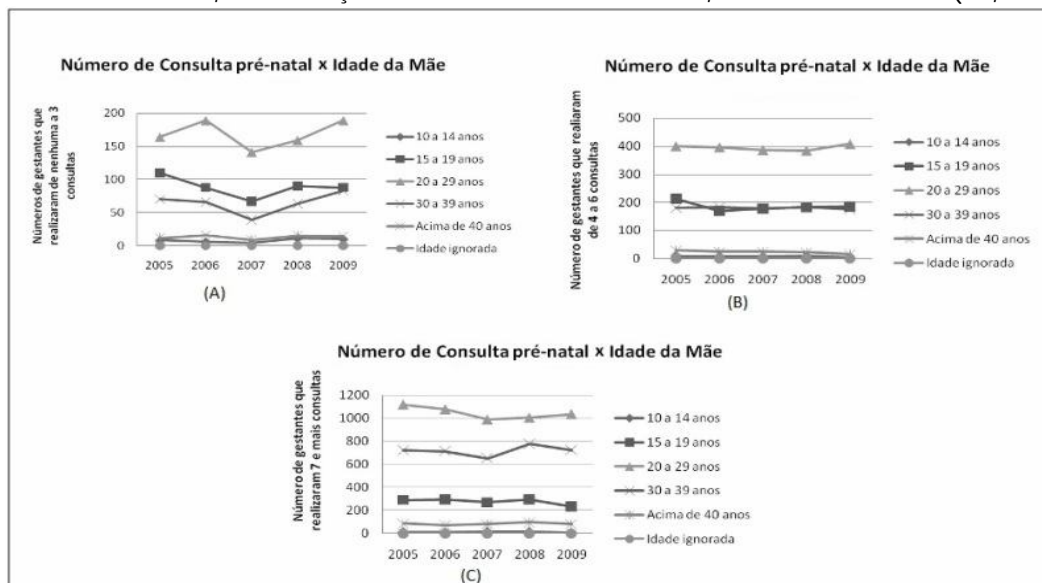


Figura 3 - Número de Consulta pré-natal x Tipo de Parto, Santa Maria/RS, 2011. (A) - Nenhuma a três consultas; (B) - 4 a 6 consultas; (C) - 7 ou mais consultas. Fonte: DATASUS, 2011.²⁹

No período compreendido de 2005 a 2009, percebe-se que embora ainda haja ocorrência de partos em mulheres de 10 a 14 anos, destaca-se que a maioria desta população é assistida no pré-natal, pois, do total, obteve-se 139 mulheres nesta faixa etária,

sendo que 100 (71,94%) realizaram consultas e 39 (28,05%) realizaram de nenhuma a três consultas. Já quando se considera a faixa etária de 20 a 29 anos, observa-se que do total de partos nessa faixa (8041), 842 (10,47%) realizaram de nenhuma a três consulta pré-natal, 1974 (24,54%) realizaram 4 a 6 consultas e 5225 (64,97%) de sete(7) ou mais consultas. Outro dado importante remete ao grupo etário acima de 40 anos onde se obteve 601 gestantes (de 2005 a 2009), onde 66 (10,98%) realizaram de nenhuma a três consultas; 117 (19,49%) realizaram de quatro (4) a seis(6) consultas pré-natais; e 418 (69,55%) sete (7) ou mais.

A faixa etária que mais ocorrem partos independe do número de consultas, é a de 20 a 29 anos. Já os grupos etários de 15 a 19 e 30 a 39 mantêm as curvas semelhantes para nenhuma a três (3) consultas e quase que na mesma linha para de quatro (4) a seis (6) consultas, mas na Figura 3 referente a sete (7) ou mais consultas, o grupo de 30 a 39 anos desenvolve permanecendo em 2º lugar dos que mais realizam consultas pré-natais totalizando em 33,59% (3592). Acredita-se que ocorra uma maior incidência de número de consulta para esse grupo (30-39 anos), pois as gestantes sabem dos riscos e cuidados a serem cumpridos para um bom progresso de gestação, também a maioria das mulheres acima de 35 anos possui maior grau de instrução e conhecimento.

Assim, realização de no mínimo seis consultas pré-natais sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre² é o que o MS aconselha, porém ainda tem-se registro de 1711 (10,45%) que realizaram de nenhuma a três consultas pré-natais sendo isso bastante inferior a metade do mínimo recomendado, fato que merece atenção.

A mulher deve fazer o pré-natal corretamente, pois fatores de risco gestacionais podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência.²³ Assim, o principal objetivo é acolher a mulher desde o início de sua gravidez já que este é um período de mudanças físicas e emocionais vivenciado de forma distinta por cada uma. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo,²⁵ sendo que este acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.⁵

Outro aspecto importante a ser ressaltado nesta pesquisa é em relação ao número de consultas pré-natais no grupo adolescente, totalizando 2933 gestantes, na série histórica de 2005 a 2009. Porém, do total de respostas em relação ao número de consultas pré-natais, obteve-se 2902, sendo 31 (1,06%) ignoradas e 482 (16,60%) gestantes adolescentes realizaram de nenhuma a três consultas pré-natais. Apesar da percepção positiva para algumas adolescentes sobre a gestação precoce, os sentimentos de rejeição da gravidez, riscos psicossociais, conflitos familiares e tendência à depressão podem se manifestar.^{26,23} Essa reação negativa à gestação pode contribuir para o retardo do início à assistência pré-natal, levando a uma maior exposição de riscos evitáveis. Essa assistência, com acompanhamento médico adequado, surge como uma política para prevenção de problemas gestacionais, prematuridade e baixo peso ao nascer.²⁷

Na figura 4, ao ser relacionado o tipo de parto com o nível de instrução, percebe-se um importante e gradativo declínio do número de partos vaginais e um aumento significativo de partos cesáreo que se perpetua com o aumento do grau de instrução da gestante. É notável que quanto mais estudo a mãe possui maior é o índice de parto cesáreo, em contra partida, quanto menor o grau de instrução o índice de parto vaginal é maior que o cesáreo.

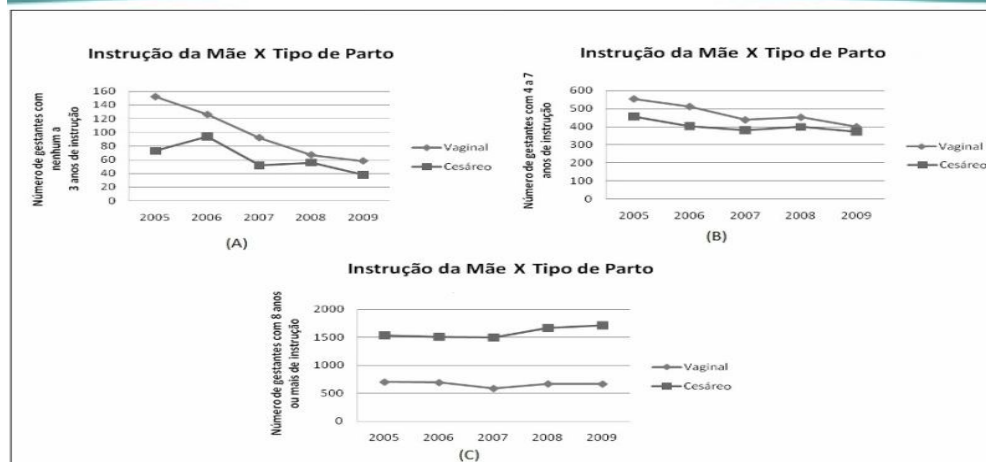


Figura 4 -Instrução da Mãe x Tipo de Parto. Santa Maria/RS, 2011. (A) - Nenhum a três anos de instrução; (B) - 4 a 7 anos de instrução; (C) - 8 ou mais anos de instrução. Fonte: DATASUS, 2011.²⁹

Ao visualizar-se apenas a figura “4A”, acompanhando a série histórica, pode-se perceber que há um declínio de parto vaginal em relação a mães com nenhum a 3 anos de instrução, porém quando se observa o total de partos (808), vê-se que ocorreram mais partos do tipo vaginal 495 (61,26%). Em relação a figura “4B” em que o grau de instrução é de quatro (4) a sete(7) anos, percebe-se que os tipos de partos quase se igualaram porém o vaginal permanece com maior número (2359 - 53,98%) em relação ao cesáreo (2011 - 46,01%). Quando se analisa a figura “4C” (de oito e mais anos de instrução) têm-se um total de 11223 gestantes, sendo o número de cesáreos consideravelmente superior em toda a série histórica (7916 - 70,53%) comparado ao parto vaginal (3307 - 29,46%). Nota-se também que a curva do parto cesáreo apresenta-se em ascensão, enquanto que o vaginal apresenta-se com tendência a estabilização.

O tipo de parto a ser escolhido parece apresentar uma relação com o grau de instrução da gestante. Nesta pesquisa foi observado que, quanto maior o nível de instrução, maior é a ocorrência de parto cesáreo. Isso parece ser decorrente tanto de opção da mãe como também médica, pois o parto cesáreo costuma ter um custo financeiro maior, as mães com maior escolaridade, costumam ter melhores condições econômicas, com isso podem optar por ele.²⁸

CONCLUSÕES

A importância da realização de um estudo epidemiológico loco-regional é a possibilidade de descobrir aspectos negativos e positivos, bem como o perfil populacional. A cidade de Santa Maria evidencia um grande aumento do número de partos cesáreo, valor quatro vezes maior que o preconizado pela OMS. Aponta também um número significativo de gestações tardias com mais de 35 anos, o que vai ao encontro da tendência nacional de adiamento da gestação, devido a independência feminina e busca pela ascensão profissional. Já a gravidez na adolescência é um aspecto que merece atenção e neste município permanece em sentido linear, mas devido às intercorrências fisiológicas ocorridas na mulher e que podem ser maximizadas entre as adolescentes, carece de acompanhamento contínuo.

O número no geral de mulheres que realizaram consultas pré-natais mostrou-se satisfatório. Porém, ainda se apresentam índices de nenhuma a três consultas em número considerável de gestantes, podendo ser avaliado como um alerta para as autoridades de saúde.

Tendo em vista a escolaridade materna, o tipo de parto a ser escolhido pareceu apresentar uma relação com o grau de instrução da gestante, quando maior o grau de escolaridade materna, maior foi o índice de parto cesáreo.



Entende-se que os números e percentuais encontrados neste estudo devem servir de avaliação e alerta para as autoridades no sentido de realizar ações municipais com estas mulheres gestantes na cidade de Santa Maria no RS.

Como limitações deste estudo, pode-se referir dificuldades em associar as variáveis, a não realização da coleta dos dados de anos anteriores a 2005 e a não inclusão das outras variáveis. Desta forma, sugere-se a realização de novas pesquisas que abarquem as variáveis não analisadas e dos anos anteriores não contemplados neste estudo, a fim de possibilitar o delineamento preciso do perfil dessa população e, desta forma, contribuir de forma efetiva na elaboração de ações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília (DF); 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília (DF); 2005.
3. Portal da saúde - SUS: Sistema de informações. [online]. Brasília (DF); Ministério da Saúde; [acesso em 2010 out 30]. [3 telas]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379.
4. Sistema de Informações de Nascidos Vivos [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acessado em 2010 dez 21]. [1 tela]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>
5. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 5ª ed. Brasília (DF); 2006.
6. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
7. Souza ELBL. Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia: uma visão multidisciplinar. 2ª ed. Belo Horizonte: Helth; 1999.
8. Portal da Saúde - SUS [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 2012 jan 15]. [1 tela]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm>
9. IBGE: cidades: Santa Maria-RS [online]. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; [acesso em 2011 jul 6]. [3 telas]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
10. Patah LEM. Por que 90%? uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo. São Paulo: [s.n.]; 2008. Tese (Doutorado) - Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo.
11. Coutinho RGM. Posição socioeconômica de origem e contemporânea e parto cesáreo em primíparas no estudo pró-saúde. Rio de Janeiro: [s.n.]; 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
12. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Osterman MJK, Kirmeyer S, et al. Births: final data for 2009. National Vital Statistics Reports. 2011 Nov;60(1):1-104.
13. DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Nascidos vivos - regiões brasileiras [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 2011 dez 20]. [2 telas]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.



14. DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Nascidos vivos - Região Sul [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acessado em 2011 dez 1]. [2 telas]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
15. Reis SLS, Penteadó CEM, Chatkin MN, Estrela MS, Porto PG, Munaretto MM. Parto normal x cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no Sul do Brasil. Rev AMRIGS. 2009 jan-mar;53(1):7-10.
16. Costa SHM, Ramos JGL, Reis R, Hammes LS. Cesariana. In: Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
17. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
18. Potrich T, Medeiros LB, Possobon R, Vianna P, Silva RM, Neves ET. Mortalidade infantil segundo características da mãe e gestação na cidade de Santa Maria, RS. Rev enferm UFSM. 2011 set-dez;1(3):343-50.
19. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. Ciênc saúde coletiva. 2008 set-out;13(5):1521-34.
20. Ministério da Saúde (BR). Gestante de alto risco. Brasília (DF); 2001.
21. Veras RC. O tempo e o desejo: a opção pela maternidade tardia e as repercussões geradas na qualidade de vida: uma nova dimensão na atenção de enfermagem na saúde da mulher. Rio de Janeiro; 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
22. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
23. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília (DF); 2010.
24. Ministério da Saúde (BR). Programa saúde do adolescente: bases programáticas. 2ª ed. Brasília (DF); 1996.
25. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília (DF); 2000.
26. Santos SR, Schor N. Vivência da maternidade na adolescência precoce. Rev saúde pública 2003;37(1):15-23.
27. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad saúde pública. 2002;18(1):153-61.
28. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad saúde pública. Rio de Janeiro 2001;17(4):1025-9.
29. DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de saúde [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [atualizado em 2011 maio 25] [acesso em 2011 ago 22]. [2 telas]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/pnvr.def>

Data de recebimento: 31/10/2011

Data de aceite: 23/01/2012

Contato com autor responsável: Juliana Falcão Padilha

Endereço postal: Avenida Medianeira, 2027, apartamento 04. Bairro Centro,

CEP: 97060-003

E-mail: jufpadilha@gmail.com