



ARTIGO ORIGINAL

MODELOS DE ASSISTÊNCIA E TAXA DE PARTO CESÁREO/VAGINAL EM HOSPITAIS COM DIFERENTES TIPOS DE GESTÃO: UMA ANÁLISE DE 2.558.496 PARTOS**ASSISTANCE MODELS TO PARTURITION AND CESAREAN RATE IN HOSPITALS WITH DIFFERENT TYPES OF MANAGEMENT: AN ANALYSIS OF 2,558,496 PARTURITION**

Samir Carlos Saleh¹
Nazir de Oliveira²
Lucas Melo Neves³
Jane de Eston Armond⁴
Patrícia Colombo-Souza⁵

RESUMO

Objetivo: Descrever a tendência temporal no Município de São Paulo do parto cesáreo em relação ao parto vaginal, e sua distribuição por maternidades de diferentes tipos de gestão (pública, privada ou ensino/escola) a partir da observação dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC. **Métodos:** trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, com utilização de fonte secundária de dados, tendo como alvo os partos ocorridos em maternidades com gestão pública, privada e ensino/escola do Município de São Paulo. A casuística referiu-se à totalidade dos partos ocorridos entre os anos de 2003 e 2018. Foi proposto o cálculo da relação de partos cesáreos sobre os partos vaginais. Utilizou-se a Análise de Variância de Kruskal-Wallis com a finalidade de comparar as relações de partos cesáreos/vaginais de acordo com a gestão hospitalar. **Resultados:** a amostra se totalizou em 2.559.496 partos, sendo que a proporção de partos cesáreos foi de 31,7% (pública), 84,1% (privada) e 36,6% (ensino/escola), respectivamente. A relação de partos cesáreos/vaginais foi de 0.58 na gestão pública, 5.40 na gestão privada e 0.47 na gestão escolar ($p < 0,0001^*$). Quanto a mudança anual da taxa de parto cesáreo/vaginal observou-se uma relação temporal similar entre os anos de 2003 e 2018 [pública (0.40-0.51); privada (4.6-6.6); Escola/ensino (0.55-0.60)]. **Conclusões:** A relação parto cesário/ vaginal se diferenciou nas instituições com gestão pública e de ensino/escola da instituição privada (ocorre 10 vezes mais parto cesáreo nas instituições privadas) apresentando pequena variação neste cenário ao longo dos anos.

Descritores: Maternidade. Cesáreas. Gestão hospitalar. Parto obstétrico. Obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: To describe the temporal trend in the city of São Paulo of cesarean delivery in relation to vaginal delivery, and its distribution among maternity hospitals of different types of management

¹Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Santo Amaro – UNISA – SP/Brasil enf.samir@hotmail.com.

²Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Santo Amaro – UNISA – SP/Brasil nazire.obstetra@yahoo.com.br.

³Doutor em Ciências da Universidade de São Paulo-USP - Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro – UNISA – SP – Brasil lmneves@unisa.br.

⁴Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP. Coordenadora do Curso de Medicina e Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro – UNISA – SP/Brasil jarmond@prof.unisa.br.

⁵Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Coordenadora de Pesquisa e docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro – UNISA – SP/Brasil – SP/Brasil pcolombo@prof.unisa.br.



(public, private or teaching / school) from the observation of data from the Information System of Live Births - SINASC. **Methods:** This is a descriptive, retrospective study using a secondary data source, targeting deliveries in public, private and teaching / school maternity hospitals managed in the city of São Paulo. The series referred to all deliveries that occurred between 2003 and 2018. It was proposed to calculate the ratio of cesarean deliveries to vaginal deliveries. Kruskal-Wallis analysis of variance was used to compare cesarean / vaginal birth ratios according to hospital management. **Results:** the sample totaled 2,559,496 deliveries, and the proportion of cesarean deliveries was 31.7% (public), 84.1% (private) and 36.6% (teaching / school), respectively. The ratio of cesarean / vaginal deliveries was 0.58 in public management, 5.40 in private management and 0.47 in school management ($p < 0.0001$ *). Regarding the annual change in cesarean / vaginal rate, a similar temporal relationship was observed between 2003 and 2018 [public (0.40-0.51); private (4.6-6.6); School / teaching (0.55-0.60)]. **Conclusions:** The relationship between cesarean section and vaginal delivery differed in publicly and teaching / school institutions of the private institution (there are 10 times more cesarean section in private institutions), showing little variation in this scenario over the years.

Keywords: Maternity hospitals. Cesarean sections. Hospital management. Obstetrics.

INTRODUÇÃO

Os modelos de assistência ao parto e a realização do parto cesáreo são debatidos desde a década de 1980. A complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência têm suscitado questionamentos envolvendo desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres ⁽¹⁾.

Em quase todo o mundo o parto cesáreo é cada vez mais frequente, influenciados tanto por são fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, como por fatores associados à solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo ^(2,3).

Partos cesáreos eletivos podem aumentar o risco de morbidade materna, morte e admissão em unidade de terapia intensiva neonatais, o que faz do número excessivo de cesarianas um problema de saúde pública atual não só por partos cesarios implicarem em altos encargos financeiros para as famílias e sociedade, mas também porque pode implicar um risco de saúde para as mulheres e crianças. O limiar do excesso de cesarianas não é bem conhecido, mas a Organização Mundial de Saúde sugere um patamar de cerca de 15 % ⁽⁴⁾.

Diferentes países exibem características peculiares quanto à forma de organização da assistência à saúde relacionada às prioridades em saúde pública, ao modelo político estabelecido e ao grau de intervenção e participação do estado nos diversos níveis de assistência, o que é influenciado pelas condições sociais, educacionais e econômicas da sociedade ⁽¹⁾.

Estimativas globais recentes mostram que as taxas de cesarianas vêm aumentando dramaticamente além do recomendado particularmente na América Latina e alguns países asiáticos. O



debate acerca do porque as taxas de cesarianas continuam a subir rapidamente, englobam tanto o lado oferta quanto o demanda. Levando em consideração a prestação de cuidados intraparto e os incentivos financeiros associados ao parto cesário como sendo os principais fatores considerados do lado da oferta, para o lado da demanda, as discussões giram em torno da preferência por este tipo de parto apresentado pelas mulheres e seus familiares. Até o momento nenhum consenso foi alcançado sobre o principais fatores que impulsionam a epidemia de partos cesários ⁽⁴⁾.

No Brasil, a alta prevalência de parto cesáreo constitui fato particularmente marcante, na área materno-infantil. Entre as décadas de 70 e 90, o percentual de partos cesáreos elevou-se de 14,6% 3 para 41,6%, colocando o país entre os que têm as maiores taxas do mundo. A tendência de aumento foi concomitante na grande maioria dos países da América Latina, nos Estados Unidos da América, Austrália e Índia ^(5,6,7).

A partir da segunda metade da década de 1990, verificamos uma série de iniciativas governamentais que objetivam a redução das altas taxas de parto cesáreo e a qualificação do conjunto da assistência perinatal. As Portarias n°. 2.816 de 29 de maio de 1998 e n°. 466 de 14 de junho de 2000 instituem um porcentual máximo de partos cesáreos no SUS, por hospital e para cada estado federativo, respectivamente; introduz-se o pagamento de analgesia para parto vaginal e recomenda-se a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco obstétrico ⁽⁸⁾.

Essas intervenções governamentais ilustram a preocupação e a disponibilidade das autoridades em redefinir e qualificar o modelo de assistência ao parto no Brasil. Entretanto, a evolução das taxas de partos cesáreos no SUS, entre 1995 e 2005, mostra uma redução que vai de 32% para 24% nos primeiros cinco anos e o retorno de uma linha de crescimento entre 2000 e 2005, chegando a 38,6% dos partos no SUS. Se compararmos a proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, entre 1999 e 2004, verificamos o seu crescimento de 36,9% para 41,7%. Esses dados ilustram que, apesar dos esforços governamentais, seguindo o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as elevadas taxas de parto cesáreo persistem e não sofrem impactos consideráveis. Nos hospitais onde há predomínio de atendimento a pacientes conveniadas e particulares, as taxas de parto operatório chegam a superar 90% ⁽⁹⁾.

No Brasil, nível socioeconômico elevado está relacionado à maior realização de cesariana. As taxas também são maiores em hospitais privados (70%) comparadas ao hospital público (32%) e em mulheres com grau de escolaridade maior. Ainda dentre os fatores de risco para a realização de cesariana, de consenso na literatura, estão o maior número de consultas no pré-natal, a primiparidade, o parto operatório prévio e o baixo risco gestacional. Outros fatores não médicos que interferem na decisão da cesariana, principalmente entre mulheres de alto nível social, são a preponderância da



conveniência para o médico sobre a preferência da mãe e o medo, por parte dos obstetras, de sofrer processos médico-legais⁽¹⁰⁾.

Poucos estudos sobre a proporção de parto cesáreo foram publicados no Brasil. Em estudos que empregaram dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), a proporção de partos cesáreos foi empregada apenas como variável de exposição. Em publicação do Ministério da Saúde, foram apresentadas as proporções de parto cesáreo segundo município de residência da mãe, cor da pele e Região do país, estratificadas segundo o porte dos municípios, para os anos 2000, 2005 e 2009. O SINASC representa importante fonte de informações por sua expressiva cobertura, superior inclusive àquela dos nascimentos registrados em cartório^(11,12,13).

O objetivo deste trabalho foi descrever a tendência temporal do parto cesáreo em relação ao parto vaginal, no Município de São Paulo e sua distribuição por diferentes tipos de gestão hospitalar, no período de 2003 a 2018, a partir da observação dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, com fonte secundária de dados, tendo como alvo os partos acontecidos em maternidades do Município de São Paulo. A casuística referiu-se à totalidade dos partos ocorridos nas instituições estudadas entre janeiro de 2003 a dezembro de 2018.

O levantamento foi realizado mediante revisão dos dados presentes na declaração de nascidos vivos (DNV) utilizadas para a alimentação do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do Município de São Paulo. OS dados foram coletados na plataforma TABNET disponível no site da prefeitura do município de São Paulo.

O estudo foi realizado com partos ocorridos em maternidades com diferentes tipos de gestão: Privadas/Particulares e Públicas (Gestão Municipal/Estadual), classificadas segundo SINASC/CEInfo/SMS-SP e Hospitais de Ensino, classificadas segundo a Portaria SAS/MS (Julho 2004/2012), todas localizadas no município de São Paulo (Quadro 1).

Para melhor compreensão dos resultados foi proposto o cálculo da relação de partos cesáreos sobre os partos vaginais nos três tipos de gestão hospitalar nos anos estudados identificando assim, a tendência temporal.

$$\text{Relação cesáreo/vaginal} = \frac{\text{número de partos cesáreos}}{\text{número de partos vaginais}}$$



O trabalho foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro com protocolo nº 225.460.

Para análise dos resultados foi aplicada a Análise de Variância de Kruskal-Wallis¹⁴ com a finalidade de comparar as relações de partos cesáreos/vaginais de acordo com a gestão hospitalar. Fixou-se em 0,05 o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS

No período estudado, 2003-2018, foram cadastrados no SINASC, 2.647.287 partos no Município de São Paulo, sendo que em 668 partos não havia a informação do tipo de parto e em, 88.123 o parto ocorreu em domicílio, portanto, retirados da amostra que se totalizou em 2.558.496 partos.

A proporção de partos cesáreos variou entre os três tipos de gestão hospitalares estudados (tabela 1), sendo que 84,1% dos partos em hospitais privados, o que corresponde a mais de 5 partos cesáreos para cada 1 vaginal (5,4/1). Com relação aos hospitais de gestão pública, 31,7% dos partos realizados eram partos cesáreos, o que corresponde a 1 parto cesáreo para cada 2 vaginais (1/2). Proporção semelhante foi a encontrada nos hospitais de ensino/escola onde 36,6% dos partos são cesáreos, o que corresponde a 1 parto cesáreo para cada 2 vaginais (1/2).

Na Tabela 2 é apresentada a relação de partos cesáreos/vaginais (C/V) no período analisado. Nos anos avaliados, nas diferentes formas de administração, observa-se uma mudança discreta. A relação de partos cesáreos/vaginais foi semelhante entre os Hospitais ensino/escola e Público (0.47 e 0.58). Já com relação aos hospitais de gestão Privada, esta relação foi 5,4, apresentando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001^*$).

DISCUSSÃO

As taxas de cesarianas registradas no Brasil diferem bastante conforme a instituição considerada, se pública ou privada. Nas últimas décadas, observou-se um importante aumento na proporção de partos cesáreos em diversos países do mundo. Belizan e colaboradores⁽⁶⁾ estimaram que 1,5 milhões de cesarianas desnecessárias são realizadas na América Latina a cada ano, causando cerca de 100 mortes maternas e 40.000 casos de doença respiratória neonatal. Estudo com amostra estratificada em múltiplos estágios, compreendendo 24 regiões geográficas de oito países da América Latina, incluindo o Brasil, encontrou proporção de 33,0% de partos cesáreos, sendo que nos hospitais privados, essa proporção foi de 51,0%^(6,15,16).



A partir dos dados disponíveis no SINASC relativos ao parto no Município de São Paulo (tabelas 1 e 2), observa-se que em hospitais do setor público e ensino/escola, onde cerca de 63,2% dos partos são atendidos, ocorrem taxas de partos cesáreos/vaginal de 0,47 e 0,58, enquanto que, no setor privado, este índice é de 5,4. De forma paradoxal, instituições com ampla disponibilidade de recursos técnicos e consequente segurança na assistência exibem os maiores números.

Destacamos que ao interpretarmos tais valores, a limitação de não haver a informação do motivo do parto cesáreo se faz presente, não sendo possível inferir sobre aqueles partos que ocorreram por opção dos envolvidos ou que obrigatoriamente deveriam ser partos cesáreos. Tal opção pode se justificar em partes pelo entendimento que existe um risco de morte materna menor na operação cesariana do que no parto vaginal, quando são levadas em conta somente as cirurgias eletivas ⁽¹⁷⁾, situação que não é o foco de esclarecimento deste estudo.

A OMS preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%. No entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos ⁽¹⁸⁾. Em estudo realizado por Meller e Schäfer ⁽²¹⁾, observou-se maior prevalência de parto cesariano entre as mulheres que realizaram o parto em hospital particular (83,9%). Esse resultado também foi evidenciado em estudos realizados por Potter et al ⁽²²⁾, Mandarino et al ⁽¹⁶⁾ e Mendoza- Sassi et al ⁽²³⁾, os quais encontraram mais do que o dobro de parto cesariana na rede privada quando comparada à rede pública.

CONCLUSÃO

A prevalência de partos cesáreos no Brasil, em hospitais onde há predomínio de atendimento a pacientes conveniadas e particulares, as taxas de parto operatório chegam a superar 90% ⁽¹⁹⁾. Os estudos envolvendo três coortes de nascimentos na cidade de Pelotas (1982, 1993 e 2004), mostraram que a taxa de cesariana aumentou tanto no setor público (de 23,9% para 34,1%) como no privado (de 49,4% para 82,4%), sendo muito mais expressiva no privado ⁽²⁰⁾, o que se assemelha aos nossos achados.

A percepção de que o aumento na proporção de partos cesáreos tem se dado à custa de procedimentos desnecessários tem alimentado intenso debate na literatura científica e leiga, e tem contribuído na realização de programas e políticas para reverter a tendência. Já no final da década de 70, o Ministério da Saúde instituiu a *Portaria MPAS/SSM no. 116* de 13 de dezembro de 1979, que estabeleceu igualdade de remuneração ao médico pela assistência prestada durante o parto por via vaginal ou parto cesáreo, com o propósito de limitar a realização de cesariana. Entretanto, essa



mudança de política de reembolso não foi suficiente para deter a tendência ascendente da taxa de cesariana ⁽⁵⁾.

As vantagens do parto vaginal se estendem ainda à questão financeira. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o método natural custa R\$ 291 e a cirurgia cesariana, R\$ 402. No caso dos hospitais privados é mais difícil dimensionar essa diferença, uma vez que o valor de cada tipo de parto varia de acordo com a diária hospitalar cobrada. O parto vaginal, com tudo incluso, pode sair em torno de R\$ 5.200 enquanto que o parto cesáreo R\$ 7.400 ⁽⁵⁾.

A OMS preconiza que entre 10 e 15% dos partos deveriam ser cesáreos ⁽⁶⁾, o que é um valor muito abaixo dos aqui verificados, especialmente na rede privada o que se aproxima de 80%. Todas as instituições com responsabilidade pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para avaliação de seus índices. Estes exigem monitoramento contínuo de forma a possibilitar intervenções construtivas. Esse aspecto é particularmente delicado no setor privado da assistência, considerando a forma como atualmente se organiza.

REFERÊNCIAS

1. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Publica* 2011;45(1):185-94.
2. Alves B, Sheikh A. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *Br J Obstet Gynaecol.* 2005;112(7):994-6.
3. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2005;39(5):761-7.
4. Feng XL, Wang Y, An L, Ronsmans C. Cesarean section in the People's Republic of China: current perspectives. *International Journal of Women's Health.* 2014;6 59-74.
5. Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2008; 24(6):1344-1354.
6. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319:1397-400.
7. Walker R, Turnbull D, Wilkinsons C. Strategies to address global caesarean section rates: a review of evidence. *Birth* 2002; 29:28-39.
8. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasil: uma análise da situação de saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2005.pdf (acessado em 14/Jan/2015).



9. Bonfante TM, Silveira GC, Sakae TM, Sommacal LF, Fedrizzi EM. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2009; 38(1):26-32.
10. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10): 2067-2078.
11. Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(4):635-643.
12. Frias PG, Pereira PM, Andrade CL, Lira PI, Szwarcwald CL. Evaluation of data on mortality and live births in Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(4):671-681.
13. Höfelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2012, 21(4):561-568.
14. Siegel S & Castellan Junior NJ. *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. Segunda edição. Artmed. Porto Alegre, 2006. 448p.
15. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006; 367(9525):1819-1829..
16. Mandarin NR, Chein MBC, Monteiro Júnio FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, Mochel EG, Figueiredo Neto JA. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009, 25(7):1587-1596.
17. Paim AD; Apolinário EC; Zampieri JF; Kluck MM. Taxa de cesárea primária no hospital de clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* 2008;28(3):136-4.
18. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araújo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007; 7(3): 271-280.
19. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2009;14(4):133-7.
20. Osava RH, Silva FMB, Tuesta EF, Oliveira SMJV, Amaral MCE. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1036-43
21. Meller FO, Schäfer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(9):3829-3835.
22. Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MC. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323(7322):1155-1158.



23. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Rev Saude Publica*, 2010, 44(1):80-89.
24. Zupancic JA. The economics of elective cesarean section. *Clin Perinatol*. 2008;35(3):591-9.
25. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et al. ACOG Committee Opinion. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Obstetrics and gynecology*, v. 102, n. 5 Pt 1, p. 1101, 2003.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Appropriate technology for birth. *Lancet*, v. 2, p. 436-437, 1985.

TABELAS

Tabela 1 – Proporção de tipos de parto ocorridos no Município de São Paulo por Hospitais com diferentes tipos de gestão nos anos estudados (2003-2018)

Gestão	Tipo de Parto				Total	
	Cesáreo		Vaginal			
	N	%	N	%	N	%
Hospitalar						
Pública	417.891	31,7	898.527	68,2	1.316.418	51,4
Privada	791.861	84,1	149.130	15,8	940.991	36,8
Ensino	110.273	36,6	190.814	6,0	301.087	11,8
Total	1.320.025	51,6	1.238.471	48,4	2.558.496	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

**Tabela 2** – Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2018 segundo GESTÃO HOSPITALAR (Pública, Privada ou Ensino).

Ano	GESTÃO HOSPITALAR									TOTAL
	PÚBLICA			PRIVADA			ENSINO/ESCOLA			
	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	
2003	59.652	23.848	0,40	9.022	41.202	4,6	13.157	7.366	0,56	154.460
2004	60.134	25.002	0,42	8.766	42.504	4,8	12.790	7.281	0,57	156.494
2005	58.119	25.475	0,44	7.718	42.938	5,6	11.745	6.955	0,59	153.332
2006	56.407	25.291	0,45	7.337	43.907	6,0	11.431	6.678	0,58	151.079
2007	55.798	24.812	0,44	7.588	45.162	6,0	10.975	6.682	0,61	151.019
2008	55.638	24.943	0,45	8.409	47.790	5,7	11.376	6.423	0,56	154.580
2009	55.566	25.275	0,45	8.295	51.099	6,2	11.734	6.510	0,55	158.479
2010	55.503	25.531	0,46	8.220	52.882	6,4	12.114	6.670	0,55	160.921
2011	56.350	26.311	0,47	8.555	56.145	6,6	12.994	7.308	0,56	167.669
2012	54.387	26.191	0,48	9.827	56.361	5,7	13.631	7.943	0,58	168.346
2013	52.896	25.852	0,49	9.245	57.125	6,2	12.439	7.826	0,63	165.385
2014	54.357	27.378	0,50	10.174	57.272	5,6	12.004	6.862	0,57	168.049
2015	56.497	27.874	0,49	12.315	53.911	4,4	11.400	6.792	0,60	168.794
2016	54.550	27.816	0,51	11.133	49.305	4,4	11.157	6.374	0,57	160.338
2017	56.327	28.175	0,50	11.112	48.659	4,4	11.280	6.542	0,58	162.095
2018	56.346	28.117	0,50	11.414	45.599	4,0	10.587	6.061	0,57	158.124
Total	898.527	417.891	0,47	149.130	791.861	5,4	190.814	110.273	0,58	
			$\mu = 0.46$			$\mu = 4.01$			$\mu = 0.55$	
			$\chi = 1.13$			$\chi = 3.69$			$\chi = 0.55$	

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesáreo/Vaginal

H calculado = 31.48 p<0,0001*

C/V H.Privado > H.Público (p<0.05)

C/V H.Privado > H.Ensino (p=0.05)

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).



FIGURAS

Quadro 1 – Relação dos Hospitais de Gestão Pública (Municipal/Estadual), Privada/Particulares e Hospitais de Ensino particulares, no município de São Paulo - 2019.

GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL - ESTAB PRÓPRIOS	GESTÃO PARTICULAR/PRIVADA NÃO CONTRATADOS SUS	HOSPITAIS DE ENSINO
H MUN TIDE SETUBAL - SAO MIGUEL	H MAT SANTA JOANA	H MUN MAT M M A SILVA - V N CACHOEIRINHA
H MUN FERNANDO MAURO P ROCHA - C LIMPO	H MAT SAO MIGUEL (até 2011)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SAO PAULO
H MUN WALDOMIRO DE PAULA – ITAQUERA	H MAT N SRA DO ROSARIO	H SAO PAULO ESC PAULISTA MEDICINA UNIFESP
H MUN ARTHUR R SABOYA – JABAQUARA	H ADVENTISTA DE SAO PAULO	HSANTA MARCELINA ITAQUERA
H MUN ALIPIO CORREIA NETO - E MATARAZZO	H SAMARITANO	H DAS CLINICAS FUND FAC DE MEDICINA USP
H MUN DR IGNACIO PROENCA DE GOUVEIA	H CRUZ AZUL	H UNIVERSITARIO DA USP
H MUN DR JOSE SOARES HUNGRIA – PIRITUBA	H SIRIO LIBANES	H GERAL DO GRAJAU EST
H MUN VER JOSE STOROPOLLI - VILA MARIA	H SANTA HELENA	
H MUN CIDADE TIRADENTES - CARMEN PRUDENTE	H MAT SALVALUS (ANTIGO DO BRAS)	
H MUN M BOI MIRIM	H SANTA CATARINA	
H MUN MAT DR MARIO DEGNI - JD SARAH	PRO MATRE PAULISTA S A	
H MAT S LUIZ GONZAGA - MUN APOS NOV/2008	H MAT SAO CAMILO POMPEIA (até 2012)	
H MUN GILSON C M CARVALHO -V STA CATARINA	H SAO LUIZ ITAIM	
H MUN PARELHEIROS-JOSANIAS CAST. BRAGA	H METROPOLITANO LAPA	
H SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL HSPM	H ALBERT EINSTEIN	
H MUN DR CARMINO CARICCHIO – TATUAPE	H PS PORTINARI	
H MUN DR BENEDITO MONTENEGRO - JD IVA	H MAT JARDINS (até 2009)	
H MUN DR ALEXANDRE ZAIO - VILA NHOCUNE	H DA LUZ - V MARIANA	
CASA DO PARTO DE SAPOPEMBA	H DA CRIANÇA (ANTIGO N SRA LOURDES)	
PS MUN BALNEARIO S JOSE	H SÃO CAMILO IPIRANGA (até 2010)	
PS MUN PERUS	H SEPACO	



PS MUN MARIA ANTONIETA F BARROS – GRAJAU	H BOSQUE DA SAUDE
PS MUN JOAO C MEZOMO – LAPA	H MAT SAO CRISTOVAO
PS MUN CAETANO V NETO – BANDEIRANTES	H SAO CARLOS (ANTIGA C S V MATILDE)
PS MUN JULIO TUPY	H MAT MASTERCLIN
PS MUN AUGUSTO GOMES DE MATTOS	H MAT SANTO EXPEDITO
PS MUN LAURO RIBAS BRAGA – SANTANA	H CLIN JARDIM HELENA H INDEPENDENCIA ZONA LESTE
AMA PARELHEIROS GESTÃO MUNICIPAL - CONV/CONTRATADOS	H PS OITO DE MAIO H SAO CAMILO SANTANA (até 2011)
AMPARO MATERNAL H BP (BENEF PORTUGUESA - SAO JOAQUIM)	H SANP (ANTIGO SAN PAOLO)
H FILANTROPICO BP (EX SANTO ANTONIO)	H MAT NIPO BRASILEIRO
SANTA CASA DE SANTO AMARO	H NEXT SANTO AMARO
CASA ANGELA GESTÃO ESTADUAL - ESTAB PRÓPRIOS	H MAT VIDAS H SAO LUIZ ANALIA FRANCO
COMP HOSP MANDAQUI EST H GERAL GUAIANASES JESUS T COSTA EST	CLINICA SERRA MAYOR
H GERAL SAO MATEUS EST (MANOEL BIFULCO)	H DO CORACAO H CENTRAL DE GUAIANASES
H GERAL TAIPAS KATIA S RODRIGUES EST	H ALVORADA MOEMA
H GERAL VILA PENTEADO EST (JOSE PANGELLA)	H ITACOLOMY BUTANTA
H GERAL DE VILA ALPINA EST	H NOVE DE JULHO
H GERAL DE PEDREIRA EST H SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL HSPE	H VITORIA H SACRECOEUR - INTERMEDICA
H REGIONAL SUL EST	H ALVORADA CHACARA FLORA H AERONAUTICA DE SAO PAULO
H IPIRANGA EST	H MAT SANTA MARIA
H MAT LEONOR MENDES DE BARROS EST	H INFANTIL SABARA
H MAT INTERLAGOS EST	H ALBERT SABIN LAPA
H GERAL SANTA MARCELINA ITAIM PAULISTA	
H GERAL DE SAPOEMBA EST	

Fonte: Dados da pesquisa (2019).