



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

OTILIA CRISTINA COELHO RODRIGUES

Fatores Associados a Cesárea Eletiva na Região Sul do Brasil: estudo
seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento

Florianópolis
2012

Otilia Cristina Coelho Rodrigues

Fatores Associados a Cesárea Eletiva na Região Sul do Brasil: estudo seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia. Linha de Pesquisa: Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eleonora d'Orsi.
Co-orientadora: Odaléa Maria Brüggemann

Florianópolis
2012

Este trabalho é dedicado à minha
família, pela compreensão...

AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre me apoiou e incentivou em toda a minha jornada. Aqui incluo minhas filhas Laura e Julia, meu esposo Evaldo e minha mãe Marlene.

À minha orientadora, professora Eleonora, que aceitou me orientar, dando oportunidade para a conquista de mais este objetivo de vida. Obrigada por ter compartilhado seu conhecimento comigo.

À professora Odaléia e ao professor Paulo Freitas, pela coorientação. Suas contribuições foram muito bem-vindas e fundamentais para o meu crescimento.

À amiga Sabrina, por ser esta pessoa tão especial, com uma grande capacidade de acolher.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, que, com seus ensinamentos e discussões, propiciaram amadurecimento do pensamento e tornou a visão da realidade mais “crítica”.

À turma de mestrado, vocês são ótimos!

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

Muito obrigada!

RODRIGUES, Otilia Cristina C. Fatores Associados a Cesárea Eletiva na Região Sul do Brasil: estudo seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento . Florianópolis, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – área de concentração em Epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Objetivando avaliar os fatores associados à realização de cesariana eletiva e não eletiva na região Sul do Brasil, realizamos um estudo seccional a partir dos dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimentos. Amostra de 4036 mulheres cujos partos ocorreram em hospitais da Região Sul entre fevereiro e setembro de 2012. Foi aplicado questionário contendo informações sociodemográficas, história obstétrica, pré-natal e parto. Investigadas as associações em análises bivariadas, estratificadas em análise múltipla por regressão logística multinomial. A frequência de cesariana foi de 57%, 75% cesáreas eletivas. Constatou-se maior preferência pelo parto normal tanto no início quanto no final da gestação. A maioria das mulheres informou que realizou 6 ou mais consultas de pré natal (78,95%), sendo o profissional médico responsável por 94,70% dos atendimentos. Apesar de 57% das mulheres terem realizado cesariana, mais de 80% delas informou que não foi considerada gestante de risco. Mais de 20% das mulheres informou que procuram o atendimento para o parto por estarem com a cesárea agendada. Ter idade de 35 anos ou mais e desejar cesariana no início da gestação conferiu risco 5 vezes maior de realizar cesárea eletiva. Quando a decisão pela via de parto no final da gestação foi tomada pelo médico houve maior risco de cesárea eletiva tanto na análise bruta (RP=1,95), quanto na análise ajustada (RP=7,79), apresentando a mesma tendência para a cesárea não eletiva. O financiamento do parto pelo sistema privado representou um risco 14 vezes maior de realizar cesárea eletiva, na análise ajustada o risco diminuiu, mantendo a significância estatística ($p < 0,001$). No modelo final verificamos que estar com a cesárea agendada como motivo para atendimento ao parto apresentou razão de prevalência de 34,69 para cesárea eletiva e 7,51 para cesárea não eletiva, ambos os dados significativos. Existe forte associação entre cesariana eletiva e cesárea na gestação anterior, usuários do sistema de saúde privado ou suplementar,

assistência ao pré-natal e parto realizados pelo mesmo profissional médico e decisão pela via de parto majoritariamente médica.

Descritores: Cesárea. Procedimentos cirúrgicos eletivos. Fatores associados.

RODRIGUES, Cristina Otilia C. Factors associated to Cesarean Elective in southern Brazil: cross sectional study from the National Survey on Labor and Delivery. Florianópolis, 2012. Dissertation (Master in Public Health - Epidemiology in concentration area). Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Santa Catarina.

ABSTRACT

In order to evaluate factors associated with elective and not elective cesarean section in Southern Brazil, we conducted a cross-sectional study based on data from the National Survey on Labor and Birth. Sample of 4036 women whose births occurred in hospitals in the South Region of Brazil from February to September 2012. A questionnaire containing sociodemographic, obstetric history, prenatal and childbirth information was used. We used bivariate and multivariate analyzes, with multinomial logistic regression. The frequency of cesarean was 57%, 75% elective. It was reported greater preference for normal childbirth both at the beginning and at the end of pregnancy. Most women reported six or more prenatal visits (78.95%), being the medical professional responsible for 94.70% of them. Although 57% of women have performed cesarean delivery, more than 80% of them reported that were not considered at high risk. Over 20% of women reported looking for the attendance for birth by being with the cesarean section scheduled. Be aged 35 years or more and wishing cesarean delivery in the beginning of pregnancy has increased 5 times the risk of performing elective cesarean. The decision of the route of delivery in late pregnancy by the doctor is associated with increased risk of elective caesarean section both in crude analysis (PR = 1.95), as in the adjusted analysis (PR = 7.79), showing the same trend for non-elective cesarean section. The private financing of the birth represented a 14 times greater risk of performing elective caesarean section, in the adjusted analysis the risk decreased, keeping the statistical significance ($p < 0.001$). It has been verified that in the final model being scheduled as a reason for cesarean delivery care showed a prevalence ratio of 34.69 and 7.51 for non-elective cesarean section, both significant data. There is a strong association between elective cesarean and cesarean in a previous pregnancy, users of private health care system or supplement, prenatal care and birth performed by the same medical professional, decision for the delivery route mostly medical.

Keywords: Cesarean section. Elective surgical procedures. Associated factors.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esta dissertação, intitulada “Fatores Associados à Cesárea Eletiva na região Sul do Brasil: estudo seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, é produto de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina, inserido na área de concentração em Epidemiologia, linha de pesquisa Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Em conformidade com as exigências do programa, o produto final da dissertação deve ser um artigo científico a ser submetido a um periódico de qualidade, segundo normas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Sendo assim, este trabalho está dividido em duas partes.

Na primeira parte, são apresentadas a contextualização e as características do estudo através da introdução, da justificativa, do referencial teórico, dos objetivos e da metodologia do estudo. São abordadas informações sobre o parto, a epidemiologia da cesárea no Brasil e no mundo, a prevalência e alguns dos fatores de risco, assim como a política pública de saúde relacionada à assistência ao parto.

A segunda parte é a apresentação do artigo científico, escrito a partir dos resultados deste estudo, bem como a discussão destes. O artigo será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública.

Boa leitura!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – Décima Edição
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTG	Cardiotocografia
DPP	Deslocamento Prematuro de Placenta
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PSF	Programa de Saúde da Família
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
RN	Recém-nascido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UI	Unidade Intensiva

LISTA DE TERMOS OBSTÉTRICOS

Episiotomia – Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus).

Placenta prévia – Implantação da placenta no colo do útero.

Desproporção céfalo-pélvica – Ocorrida entre o tamanho da cabeça do feto e a pelve da mãe.

Situação fetal transversa – Quando o feto apresenta-se atravessado no útero.

Apresentação pélvica – O feto apresenta-se em situação longitudinal na cavidade uterina, está com o pólo pélvico situado na área do estreito superior da bacia.

Centralização fetal – Consiste na manutenção de oxigenação e nutrição do sistema nervoso central através da vasoconstricção periférica, com diminuição de fluxo sanguíneo para órgãos menos nobres (circulação periférica, fígado e rins) e aumento de fluxo para o cérebro⁽¹⁾.

Mecônio – Constitui as primeiras evacuações feitas pelo feto.

Líquido amniótico – Líquido claro, amarelado, que envolve o feto.

LISTA DE QUADROS

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Quadro	Título	Página
I	Estratégias de busca de referencial teórico por base de dados	29
II	Distribuição das entrevistas de acordo com a quantidade de entrevistadores	51

SUMÁRIO

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	23
1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	25
1.1 Sustentação Teórica.....	29
1.1.1 Parto	29
1.1.2 Epidemiologia da Cesárea	32
1.1.3 Políticas Públicas relacionadas à Assistência ao Parto	35
2 PERGUNTA DE PESQUISA.....	39
3 OBJETIVOS.....	41
3.1 Objetivo Geral	41
3.2 Objetivos Específicos	41
4 MÉTODO	43
4.1 Desenho do Estudo	43
4.2 Sujeitos do Estudo	43
4.3 Tamanho da Amostra.....	43
4.4 Logística de Campo	44
4.5 Características Gerais dos Questionários.....	45
4.6 Variáveis	47
4.7 Equipe Técnica	48
4.8 Treinamento.....	49

4.9 Estudo Piloto	49
4.10 Controle de Qualidade.....	50
4.11 Coleta de Dados	50
4.12 Etapas da Entrevista	51
4.13 Análise Estatística	52
4.14 Considerações Éticas.....	53
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
6 ANEXOS	61
Anexo I – Modelo Lista Única de Puérperas.....	63
Anexo II – Formulário de Seleção Aleatória.....	65
Anexo III – Modelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..	67
Anexo IV – Formulário de Aprovação do Comitê de Ética	69
PARTE I I – ARTIGO CIENTÍFICO.....	71

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A gravidez tende a ser um episódio fisiológico na vida reprodutiva da mulher, cujo organismo foi lentamente preparando-se e adaptando-se ao longo de modificações gerais e locais que resultaram na maturidade sexual⁽²⁾. Com o desenrolar da gravidez, chega-se ao parto, processo biológico considerado o evento mais antigo da humanidade, tido como um momento marcante na vida da mulher, no qual ocorrem inúmeras transformações tanto orgânicas como psicológicas. É um acontecimento fisiológico que segue um curso natural, em que as intervenções necessárias são mínimas, embora deva existir sempre uma equipe alerta a qualquer sinal de complicação⁽³⁾.

Alguns autores sugerem que os modelos de assistência ao parto podem ser classificados em três tipos, conforme a situação da parturiente e as intervenções médicas realizadas durante a assistência⁽⁴⁾. Essas classificações aplicam-se internacionalmente, conforme o modelo de assistência disponível, que vai desde o modelo altamente medicalizado, centrado no médico, encontrado nos EUA, Rússia e Brasil, até uma abordagem mais humanizada, na qual as taxas de intervenção são baixas, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e alguns países escandinavos. Em países como a Inglaterra, o Canadá, a Alemanha, o Japão e a Austrália, encontramos modelos mistos de atendimento à gestante⁽⁵⁾.

Considerando que o objetivo da assistência ao parto é o acompanhamento da mulher e conceptos, com o mínimo de interferência médica, buscando garantir a segurança de ambos, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁶⁾ recomenda que o profissional de saúde somente deva intervir no nascimento de uma criança quando é realmente necessário. No entanto, o que se tem observado é que a incidência de diversas intervenções, incluindo a cesariana vem aumentando, tanto nacional quanto internacionalmente⁽⁷⁾.

Os índices de cesariana têm se elevado em todo o mundo, chegando a atingir valores superiores a 50% em hospitais privados de alguns países da América Latina^(8, 9). A OMS e muitos profissionais de saúde demonstram preocupação^(10, 11), pois as cesarianas desnecessárias podem estar associadas a maiores riscos para a mãe, devido à infecção puerperal e hemorragias pós-parto⁽¹²⁾, assim como maiores riscos perinatais, como a prematuridade tardia, o que resulta em maior possibilidade de complicações respiratórias e baixo peso nesses recém-nascidos^(12, 13).

O Censo Canadense, realizado em 2006 com uma amostra aleatória de 8.244 mulheres elegíveis, com 78% de respostas obtidas, teve como resultado que, destas, 26,3% tiveram partos através de cesariana⁽¹⁴⁾, demonstrando a necessidade de um melhor alinhamento entre os cuidados prestados e as atuais recomendações da OMS. Nos EUA, segundo dados do Sistema Nacional de Estatísticas Vitais para o ano de 2007, este percentual atingiu 32% de todos os partos, representando um aumento de 53% nas taxas de cesariana para o período de 1996 a 2007⁽¹⁵⁾.

No Brasil, a assistência obstétrica praticada é centrada na patologia, de modo que há alto grau de utilização de tecnologias, ocupando o segundo lugar com maior incidência de cesárea na América Latina, chegando a apresentar 90% de cesarianas em clínicas particulares⁽¹⁶⁾, com uma taxa global de 48%⁽¹⁷⁾.

Dados reportam que os índices de cesáreas estão relacionados às desigualdades sociais, sendo que grupos com melhores condições de saúde materna, socioeconômica e menor risco obstétrico apresentam maior chance de cesárea. Já os grupos mais pobres, com maiores desigualdades sociais, apresentam taxas de cesárea inferiores a 1%⁽¹⁸⁾, o que demonstra a existência da equidade inversa na seleção da via de parto, situação em que mulheres com melhores condições socioeconômicas apresentam maiores chances de realizar cesariana, muitas vezes sem uma real necessidade, enquanto mulheres em situações socioeconômicas desfavoráveis, apesar da necessidade de um procedimento cirúrgico, acabam por não ter o acesso garantido.

Outro fator importante na análise dos elevados índices de cesárea é a organização obstétrica. As suas principais justificativas estão relacionadas à conveniência da intervenção para o obstetra, a incerteza quanto à possibilidade de iatrogenias fetais e a falta de preparo materno⁽⁸⁾, apesar de, sabidamente, a preferência das mulheres ser pelo parto vaginal, conforme foi constatado por Faúndes et al. (2004)⁽¹⁹⁾.

Muitos profissionais justificam os altos índices de cesárea por conta da solicitação da mulher, restando, ao obstetra, atender a esse desejo. No entanto, um estudo realizado para investigar a taxa de cesárea em hospitais públicos e privados identificou que em torno de 70-80% das mulheres tinham preferência pelo parto vaginal. Apesar da preferência, as mulheres no serviço privado tiveram mais do que o dobro de cesarianas que as do serviço público, principalmente à custa de cirurgias eletivas e/ou decididas nas primeiras horas após a admissão

hospitalar⁽²⁰⁾. A mudança do tipo de parto em relação à preferência anterior parece adaptada à conduta intervencionista do médico⁽¹¹⁾.

Inúmeros são os fatores que contribuem para o aumento nas taxas de cesárea, que vão desde o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, redução dos riscos de complicações pós-operatórias, fatores demográficos e nutricionais, até a percepção dos profissionais médicos e de pacientes de que este é um procedimento seguro⁽²¹⁾. Há de se citar também, conforme retratado por Diniz⁽²²⁾, que os altos índices de cesárea estão relacionados com experiências traumáticas das mulheres com o parto vaginal, devido a intervenções agressivas e desnecessárias, assim como o alto grau de violência nas relações com os profissionais de saúde durante o atendimento, nas quais estão sujeitas a abusos verbais voltados para a humilhação sexual, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda.

Os altos índices de cesariana preocupam pelo seu uso indiscriminado, uma vez que podem trazer riscos tanto para as mães quanto para os fetos, pois a falta de ordenação sobre os riscos por parte da mãe e a conveniência da intervenção programada pelo obstetra acabam por determinar a realização do procedimento antes do organismo da mulher apresentar sinais de trabalho de parto, podendo acarretar o nascimento de recém-nascidos pré-termos⁽²³⁾.

Os danos potenciais para mães e bebês, associados ao uso indiscriminado das cesáreas, vêm sendo estudado por vários autores no Brasil. Em Pelotas, os resultados de três coortes (1982, 1993 e 2004) apontam que a proporção de nascimentos prematuros aumentou de maneira acentuada, de 6,3% em 1982 para 14,7% em 2004, sendo esta mudança injustificável, pois, para o ano de 2004, as mães tinham melhores indicadores de saúde que as das coortes anteriores. No entanto, isso demonstra que houve um aumento significativo nas interrupções pré-termo da gravidez, seja por cesariana ou indução⁽²⁴⁾.

Segundo dados da série Saúde no Brasil, publicada no ano de 2012, objetivando produzir e divulgar análises sobre a situação de saúde, neste País, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos por ano e uma grande parte destes se dá por cesarianas. Retrata que mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer (entre 1992–2010) e 5 vezes mais de ter infecção puerperal (entre 2000–2011) que as de parto normal. No período, a proporção de prematuros se elevou mais nas cesáreas (7,8%), sendo 6,4% nos partos normais em 2010. Neste ano, hospitais não públicos apresentaram taxas maiores

(63,6%) e maior aumento no período de 2006 a 2010 (14,0%) em relação aos públicos⁽²⁵⁾.

A assistência à saúde, de uma forma geral, vem sendo melhorada nas últimas décadas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, em se tratando de atendimento obstétrico, o alto índice de cesárea está atualmente associado à iatrogenia e nascimentos pré-termos. Estudos retratam que a cesárea eletiva, aquela realizada antes da mulher em trabalho de parto⁽²⁶⁾, decidida com antecedência para dia e hora marcados⁽²⁷⁾, tem sido realizado com relativa frequência nos últimos anos, podendo corresponder a até 10% de todos os nascimentos⁽²⁸⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) trabalha de forma a qualificar a assistência obstétrica, através de ações integradas, enfatizando os direitos da mulher, a humanização da assistência e melhoria da qualidade da atenção. O MS elaborou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁽²⁹⁾. No ano 2002, instituiu o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN), marco na reestruturação da atenção obstétrica, objetivando o desenvolvimento e a estruturação de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos⁽³⁰⁾. Muito recentemente, em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, uma política de estado que visa à qualificação do atendimento durante o pré-natal, parto e puerpério. A proposta busca instituir um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal através de uma rede de atendimento com foco no acolhimento e na resolutividade, objetivando a redução da mortalidade materna e neonatal⁽³¹⁾.

A hipótese geral do estudo é a de que as características socioeconômicas, história obstétrica e questões relacionadas ao pré-natal e parto estejam diretamente relacionadas à realização da cesárea, tanto de forma eletiva quanto não eletiva.

Considerando que a maioria das parturientes é capaz de passar de forma saudável o momento crítico do parto, sem a necessidade de intervenção médica, o objetivo do presente estudo é avaliar os fatores associados à realização de cesariana eletiva na região Sul do Brasil, região que apresenta uma das maiores taxas (63%, 2010) de cesárea no Brasil⁽¹⁷⁾.

1.1 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A pesquisa sobre o referencial teórico deste estudo foi realizada nas bases de dados Medline (National Library of Medicine, USA), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online), no mês de outubro de 2012. Foram utilizados os descritores ("cesarean section" AND "surgical procedures, elective") AND ("risk factors" OR ("risk" AND "factors") OR "risk factors"), cujas combinações podem ser visualizadas no quadro 1. Foi utilizado o operador booleano AND em todas as combinações, tendo como limites de busca artigos publicados nos últimos 10 anos, com texto completo disponível. Após a leitura dos resumos dos artigos, foram selecionados os que se tratavam de estudos realizados em populações humanas e relacionados ao tema proposto.

Quadro I – Estratégias de busca de referencial teórico por base de dados

Base de Dados	PubMed/Medline	Lilacs	Scielo
Artigos encontrados	3078	552	31
Texto completo	96	4	31
Selecionados segundo o título	60	3	8
Selecionados segundo o resumo	54	3	7
Excluídos por duplicidade	12		1
Resultado final	42	3	6

1.1.1 PARTO

A gravidez e o nascimento concebem mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do *status* de “mulher” para o de “mãe”. Apesar da fisiologia do parto ser a mesma universalmente, a parturição é realizada de modos muito diferentes por diferentes grupos de pessoas⁽⁴⁾. As práticas do nascimento são culturais, históricas, geograficamente específicas, podem ser realizadas de diferentes formas e, por vezes, estão relacionadas às condições clínicas, assim como à situação socioeconômica e cultural da gestante e sua família⁽²⁾.

Historicamente, a prática obstétrica vem se aperfeiçoando de forma a organizar a assistência dispensada à gestante em circunstâncias normais e sob condições atípicas, determinando também o cuidado à

puérpera e ao RN⁽³²⁾. Pode ocorrer por via vaginal, designado parto normal, ou por via abdominal (parto cirúrgico ou cesárea). Independentemente da forma de ocorrência, o principal objetivo é preservar a integridade física da mãe e promover um nascimento seguro para o feto⁽²⁾.

Diz-se parto normal quando o processo de nascimento se dá fisiologicamente, em que, através de um conjunto de ações naturais e provocadas, permite-se a maturação do feto, de modo que o organismo da mulher inicia todo um processo que fará com que o concepto seja expulso de seu útero. Isso ocorre no período entre 38 e 42 semanas, aproximadamente duzentos e oitenta dias após a fecundação. O trabalho de parto exerce papel fundamental para o desenvolvimento dos pulmões do feto, pois as contrações contribuem para a liberação de substâncias que ajudam na maturação pulmonar⁽⁷⁾.

A cesárea é um procedimento cirúrgico, uma intervenção destinada à extração do feto por via abdominal, pensada inicialmente para diminuir a morbimortalidade perinatal, salvando vidas, quando realizada com determinadas e precisas indicações. Constitui um componente fundamental dos cuidados obstétricos, devendo estar disponível para efetivar a diminuição da morbimortalidade materna e neonatal^(7, 29, 32). A OMS sustenta que não existem justificativas plausíveis para taxas de cesárea superiores a 15%, pois altas taxas de cesárea aumentam a morbimortalidade materna e neonatal⁽⁷⁾.

As principais situações que justificam a realização de cesárea estão relacionadas aos riscos para a mulher e/ou recém-nascido⁽³³⁾. Dessa forma, as indicações para a realização da cesárea, segundo a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, que estão relacionadas às condições fetais são: apresentação pélvica, sofrimentos fetal agudo, situação transversa, quando não há domínio por parte dos profissionais para a realização de versão externa, placenta prévia oclusiva e procidência de cordão. As principais condições maternas que apresentam indicações para cesariana são herpes genital ativo, devido ao risco de transmissão fetal, infecção pelo HIV em gestantes com altos índices de carga viral e nos casos de pacientes com mais de uma cesárea prévia, por possuírem um risco cinco vezes maior de rotura uterina quando comparadas com as pacientes com apenas uma cesárea prévia⁽³⁴⁾.

Amorin, Souza e Porto (2010), em uma tentativa de oferecer recomendações baseadas em evidências e reduzir a incidência de cesariana, realizaram uma revisão de literatura acerca do tema e

constataram que as principais indicações encontradas para a realização da cesárea estão relacionadas à falha na progressão do trabalho de parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal (posteriores e transversos persistentes), apresentação pélvica, de face e cômica (de ombros), cesárea anterior, centralização fetal e sofrimento fetal, representado através da presença de bradicardia ou de desacelerações da frequência cardio fetal em associação com outros sinais, como mecônio no líquido amniótico, sangramento e hipertensão na gravidez⁽³³⁾.

A determinação da via de parto a ser realizada dependerá do estado geral da gestante, avaliado durante o decorrer do pré-natal, que, de forma ideal, deverá ser iniciado o mais precocemente possível, de preferência nos primeiros 120 dias de gestação, fase em que deverão ser realizados exames clínicos e laboratoriais, além de orientações acerca da gestação, sinais clínicos do trabalho de parto e orientações sobre os cuidados primários ao RN⁽³⁴⁾.

O parto é o momento que marca a transição do papel social, no qual a mulher torna-se mãe de fato, no entanto, nem sempre o parto é visto como um momento agradável, evidenciando a falta de segurança das mulheres para este acontecimento. Diniz⁽²²⁾ retrata que muitas vezes as mulheres experimentam experiências traumáticas com o parto vaginal, em decorrência de intervenções agressivas e desnecessárias. Retrata também a existência de um alto grau de violência nas relações, onde os profissionais de saúde durante o atendimento sujeitam as mulheres a abusos verbais voltados para a humilhação sexual, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda.

Muitos serviços de obstetrícia submetem as mulheres a uma série de rotinas desfavoráveis, proporcionando um ritual de isolamento e, muitas vezes, humilhação, como a separação das pessoas importantes para sua vida neste momento de transição; permanência em locais por vezes desconhecidos e fora do seu controle; realização de avaliações e exames que invadem suas partes mais íntimas por profissionais desconhecidos; e estar sujeita a métodos preocupantes e muitas vezes dolorosos, os quais ela não deve recusar porque são feitos “para o bem do bebê”. Nesse contexto altamente medicalizado, não é surpreendente que o parto seja considerado como algo que causa sensações que qualquer mulher tem o direito de não desejar⁽⁴⁾.

No entanto, as recomendações da OMS retratam que, para prestar cuidados perinatais adequados, é necessário considerar os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos neste processo. Recomendam algumas práticas sabidamente benéficas, como a presença

do acompanhante, o estímulo à deambulação, monitoração dos batimentos cardíacos fetais através de ausculta intermitente, proteção do períneo evitando o uso rotineiro da episiotomia, permanência do bebê junto com a mãe sempre que possível e o aleitamento materno ainda na sala de parto. Preconiza também a definição de limites para a intervenção obstétrica como a cesariana, indução do parto, amniotomia, administração rotineira de analgesia e anestesia durante o parto⁽³⁵⁾.

Há de se intensificar a humanização no atendimento, através do reconhecimento das particularidades de cada mulher, de forma a permitir ao profissional de saúde estabelecer um vínculo, perceber as necessidades de cada mulher e sua capacidade de lidar com o processo de nascimento. A humanização no atendimento permite o estabelecimento de relações menos desiguais e menos autoritárias, de forma a proporcionar à mulher condutas que tragam bem-estar e segurança para a mulher e o bebê^(36, 37).

1.1.2 EPIDEMIOLOGIA DA CESÁREA

As recomendações da OMS⁽⁶⁾ são almeçadas em todo o mundo, porém os dados apresentados por muitos países não são muito promissores. Em Portugal, 25,6% dos partos foram realizados através de cesáreas no período de 2004/2005; na Austrália, esses valores chegam a 31%; nos EUA, 31,1%; e, na Itália, 38,2%⁽¹⁴⁾.

No Canadá, segundo o Relatório sobre Saúde Perinatal 2008, as taxas de cesariana continuam a aumentar. Em 1995, eram de 17,6%; no ano 2000, atingiram 21,1%; e os dados referentes ao ano de 2004 registraram taxas de 25,6%, demonstrando a necessidade de medidas para conter procedimentos desnecessários⁽³⁸⁾.

Já no Brasil a taxa de cesáreas, no ano de 2008, foi de 48,45% de todos os nascimentos, último dado disponível no Sinasc (Sistema de Informação de Nascidos Vivos). Quando analisamos esse dado por regiões do Brasil, verificamos que as taxas de cesáreas são maiores na região Sudeste, seguido pela região Sul, respectivamente, 55,74% e 54,75% do total de nascimentos registrados ocorridos no Brasil⁽¹⁷⁾.

Estudos reafirmam aumento significativo nas taxas de cesariana nos últimos anos, a citar estudos de coorte realizados na cidade de Pelotas, no Sul do Brasil, que demonstraram que, entre os recém-nascidos analisados, para o ano de 1982, a taxa de cesárea era de 28%. Já em 2004 atingiu mais de 45%, com substancial diferença entre os tipos de financiamento para o parto, sendo 36,4% para o sistema público

e 84,5% para o privado. A taxa também foi maior para as mulheres com mais de 35 anos (61%) e brancas (49%)^(6, 39).

Dados de duas coortes realizadas em Ribeirão Preto/SP, região Sudeste do Brasil, e São Luiz do Maranhão, região Nordeste, entre os anos de 1997 e 1998, também apontaram taxas elevadas de cesárea. A taxa de cesariana foi de 50,8% em Ribeirão Preto em 1997 e 33,7% em São Luís em 1997/1998. Em ambas as cidades, a taxa de cesariana foi maior no sistema privado do que no público⁽⁴⁰⁾.

A elevação das taxas de cesárea vem ocorrendo em todo o mundo e de forma desigual. Estudos relatam ser este um procedimento por vezes elitizado, existindo associação entre assistência ao parto com estratégias de analgesia e diminuição do desconforto⁽³⁷⁾. Na atualidade, constatamos que a cesariana corresponde a até 90% dos nascimentos em serviços privados, não existindo relação direta com o risco obstétrico, e sim forte relação com fatores sociais, econômicos e culturais⁽⁴⁾.

Barros e colaboradores (2004) reafirmam que a prevalência de cesárea entre as usuárias do SUS foi de 36,4%, atingindo 84,5% entre as usuárias do sistema privado, o que reforça que, em determinado hospital particular, aproximadamente 90% dos partos foram por cesariana⁽⁴¹⁾.

Por ser a cirurgia cesariana uma tecnologia que veio para diminuir a mortalidade materna e neonatal, parece não estar acessível em determinadas localidades, como é o caso de países da África Subsaariana, da Ásia e da Oceania, onde existe menos de 1% de cesáreas e altas taxas de mortalidade maternas, reforçando que as diferenças socioculturais e econômicas influenciam a realização deste procedimento⁽⁴²⁾.

Outros estudos demonstram forte associação entre a situação socioeconômica, idade, escolaridade e etnia com maior chance de realizar cesárea, demonstrando a desvalorização do parto normal e possivelmente a falta de informação das gestantes, sendo por vezes incapazes de decidir a via de parto que realmente desejam^(10, 43).

A formação dos profissionais médicos também pode estar influenciando as altas taxas de cesáreas, visto que, por vezes, não estão preparados para lidar com as diversas situações durante o parto e, por conveniência, acabam optando pelo procedimento cirúrgico. Assim, em várias situações, induzem a gestante, que, por falta de conhecimento, sente-se incapaz de confrontar uma opinião médica^(43, 44).

Martins Costa e Ramos (2005) acreditam que seria demasiadamente simples dizer que os médicos não sabem atender partos e, convenientemente, convencem as mulheres que a cesariana é a melhor opção. Consideram que é mais fácil fazer cesariana do que partos, tendo

em vista a necessidade do acompanhamento durante o trabalho de parto. Já a cesárea tornou-se um procedimento conveniente, pois pode ser agendado, evitando contratempos para o médico⁽⁴⁵⁾.

Alguns autores^(11, 16) retratam que a relação estabelecida entre o profissional médico e a mulher durante o pré-natal pode ser considerado como um risco para a realização de cesárea. Em vez dos profissionais incentivarem as mulheres para o parto normal, instrumentalizando-as para um adequado trabalho de parto, ao longo da gestação, as mulheres são desencorajadas a realizar o parto normal através de discursos que colocam em dúvida a capacidade de seu corpo para enfrentar o trabalho de parto e o parto. Isto acarreta insegurança para elas em optar pelo parto normal, acabam sendo convencidas pelos obstetras a realizar uma cesariana, com o discurso de que este é um procedimento livre de riscos.

Independentemente dos fatores relacionados à atual organização da assistência obstétrica, pesquisas revelam que as mulheres e seus bebês são vítimas de um atendimento que, ao contrário da segurança prometida, pode lhes trazer não apenas o risco de complicações, mas também de morte. Essa situação precisa ser revista, pois se trata de um problema de saúde pública, tendo em vista a dimensão da população afetada e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres⁽⁴⁾.

Magalhães e Teixeira⁽⁴⁶⁾ acreditam que a qualidade da saúde da mulher pode ser considerada uma expressão de desenvolvimento humano e social, refletindo nas condições de vida de uma população. A razão de mortalidade materna está diretamente relacionada com problemas como morbidade materna e mortalidade perinatal e infantil elevada. Estimativas nacionais apontam que ocorrem 16 complicações debilitantes para cada caso fatal, com destaque para esterilidade e incontinência urinária. Os mesmos autores reforçam que as “sequelas físicas e psicológicas decorrentes de iatrogenias e violências institucionais sofridas pelas mulheres no ciclo gravídico puerperal são eventos não quantificados ou de difícil mensuração que não estão computados na razão de morte materna”.

Estatísticas oficiais retratam que, nos últimos 15 anos, os níveis de mortalidade materna vêm se mantendo estáveis no Brasil. Contudo, estimativas estatísticas indicam uma redução anual de 4%, graças às melhorias relacionadas aos sistemas de notificação e ampliação das investigações sobre óbitos, de mulheres em idade fértil.

A grande maioria dos óbitos maternos e infantis que ocorrem no País é considerada evitável, podendo ser prevenidos através da melhoria

na assistência ao pré-natal, parto e nascimento. Há estimativas de que a mortalidade materna poderia ser diminuída em 28,5% se as taxas de cesáreas fossem reduzidas⁽⁴⁷⁾.

1.1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA AO PARTO

No Brasil, a assistência à saúde da mulher é aprimorada através de ações integradas, buscando sempre a qualidade da assistência, enfatizando os direitos da mulher, a humanização da assistência e melhoria da qualidade da atenção.

O Ministério da Saúde (MS) elaborou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), objetivando ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando todas as necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres brasileiras⁽²⁹⁾.

Mais tarde, em junho de 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, através da Portaria nº 569/MS, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e fetos, através da ampliação do acesso, melhoria da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS. Como estratégias de incentivo à implementação das ações, foi estabelecido também um montante de recursos financeiros para o desenvolvimento dos componentes previstos pelo programa⁽⁴⁸⁾.

Este programa está fundamentado em princípios de humanização, de forma que a mulher, seus familiares e o recém-nascido devem receber atendimento de forma digna em todas as unidades de saúde. Reforça que devem ser evitadas práticas intervencionistas desnecessárias, que, apesar de muitas vezes serem realizadas de forma rotineira, acabam por não trazer benefícios para a mulher nem para o recém-nascido^(30, 48).

Ainda no ano 2000 o MS, juntamente com as administrações estaduais, na tentativa de reduzir as cesarianas, estabeleceu o “Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas”, propondo limites, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos. Desse modo, a verificação do cumprimento do limite foi realizada por meio da análise do processamento/pagamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), relativas à assistência obstétrica, do conjunto dos procedimentos realizados no estado. Todos os estados

deveriam atingir um percentual máximo de 25% de parto cirúrgico, com meta proposta até o ano de 2007⁽⁴⁹⁾.

As medidas adotadas tiveram inicialmente um impacto positivo, chegando a atingir proporções de 23% de cesarianas ainda no ano 2000. No entanto, os efeitos do pacto foram de curta duração, e as taxas de cesárea voltaram a aumentar, principalmente no setor privado, levando a organização de novas políticas, como a regulamentação do Programa Nacional para Humanização da Atenção ao Pré-Natal, Parto e Pós-Parto, assim como a regulamentação do direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto⁽⁵⁰⁾.

A OMS reforça que o conceito de humanização da atenção ao parto inclui aspectos relacionados a uma mudança na cultura hospitalar de assistência, havendo a necessidade de um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas⁽²¹⁾.

A atuação do profissional deve estar embasada no respeito aos aspectos fisiológicos do parto, de forma que não se intervenha desnecessariamente e se reconheçam aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo pai-mãe-bebê. A mulher deve ter autonomia durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; ter um acompanhante de sua escolha; ser informada sobre todos os procedimentos a que será submetida; e ter os seus direitos de cidadania respeitados^(14, 47).

A assistência às gestantes e recém-nascidos está pautada em direitos de cidadania, com foco no atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. Essa assistência contribui para a diminuição dos óbitos maternos, ampliando o acompanhamento durante todo o pré-natal, a monitorização através de rotinas laboratoriais, assim como estratégias de educação em saúde através de grupos de gestantes⁽⁵¹⁾.

Vários autores e organizações não governamentais evidenciam suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência, sobretudo naqueles de baixo risco. Diante disso, o MS, desde 2006, promove campanhas de incentivo ao parto normal e redução das cesarianas desnecessárias, culminando, em 2008, com a Política Nacional de Redução das Cesarianas Desnecessárias^(30, 47).

Essa Política teve por objetivo diminuir o número de cesarianas e incentivar as mulheres e os profissionais de saúde a optarem pelo parto

normal. As estratégias de incentivo utilizadas foram: aumentar o valor pago pelo SUS a partos normais, considerando ser a opção mais saudável para a mulher e para a criança; promover processos educativos em saúde para médicos, demais profissionais de saúde e população em geral sobre o manejo do pré-natal, parto, nascimento e puerpério; e incentivar as maternidades a proporcionarem ambientes e processos de trabalho favoráveis à evolução fisiológica do parto normal⁽²⁹⁾.

De acordo com o Programa Nacional de Parto Humanizado, o acolhimento à mulher e aos seus familiares deve ocorrer de forma digna, o que requer atitude ética, comprometida e solidária por parte dos profissionais; organização do serviço de modo a criar um ambiente aconchegante, que transmita segurança; e adoção de condutas hospitalares que rompam com o habitual isolamento conferido à mulher⁽⁵²⁾.

Mais recentemente, no ano 2011, o MS lançou uma nova estratégia com vistas a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, através da instituição da Rede Cegonha, com base nas portarias 1.459 e 2.351, de 2011^(31, 53).

Trata-se de uma estratégia fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a: ampliação do acesso; acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolubilidade; e acesso ao planejamento reprodutivo^(31, 53).

A OMS, por meio da capacitação dos profissionais, recomenda a redução do uso de algumas técnicas utilizadas no parto normal, já consideradas ultrapassadas com base em evidências científicas como o parto horizontal, a episiotomia rotineira, a tricotomia e a aplicação rotineira de ocitocina, medicamento que promove a aceleração artificial das contrações uterinas e pode vir a dificultar a dilatação apesar do ritmo das contrações. Dados apontam que, em cerca de 90% dos nascimentos, a recomendação é que seja realizado por parto normal, de forma humanizada, em ambiente agradável e com profissionais que auxiliem a mulher a lidar principalmente com a dor^(4, 30).

2 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais são os fatores associados à realização de cesárea eletiva e não eletiva na região Sul do Brasil?

Hipótese

A hipótese do estudo é que a cesárea eletiva está relacionada a melhores condições socioeconômicas e maior acesso ao pré-natal. Acredita-se que os riscos da realização da cesárea sem indicações precisas não estão sendo bem esclarecidos durante o pré-natal; de forma que não ocorre um manejo adequado do trabalho de parto, sendo este fato mais prevalente em instituições privadas do que em instituições públicas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os fatores associados à ocorrência de cesárea eletiva e não eletiva na região Sul do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar associação entre as características socioeconômicas e a realização de cesárea eletiva e não eletiva;
- Estimar associação entre a história obstétrica e a realização de cesárea eletiva e cesárea não eletiva;
- Estimar associação entre preferência da mulher pela via de parto e a realização de cesárea eletiva e não eletiva;
- Estimar associação entre orientações recebidas durante o pré-natal e a realização de cesárea eletiva e não eletiva;
- Estimar associação entre tipo de financiamento (público ou privado) e realização de cesárea eletiva e não eletiva.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo está inserido em um inquérito abrangente de base hospitalar, realizado nacionalmente, coordenado pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), denominado “Nascer no Brasil, inquérito nacional sobre parto e nascimento”⁽⁵⁴⁾. Trata-se de um estudo do tipo coorte de base hospitalar, iniciado em fevereiro de 2010 e que teve como principal objetivo conhecer as complicações maternas e as dos RN, de acordo com a via de parto no País, com metodologia e logística pertinentes, conforme pode ser verificado em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>, acessado em 21 dez. 2012. As entrevistas foram concluídas em setembro de 2012.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Para o presente estudo seccional, foram utilizados os dados provenientes deste inquérito referentes à região Sul do Brasil, sendo selecionadas todas as **puérperas** admitidas nas maternidades dessa região, por ocasião do nascimento. O estudo excluiu as mulheres que deram à luz em casa, ou com distúrbio de saúde mental grave, que estavam desabrigadas ou estrangeiras que não entendiam a língua portuguesa; surdas/mudas; e as mulheres admitidas por ordem judicial, assim como todas as puérperas que tiveram como produto de concepção dois ou mais fetos e nascidos mortos. Foram excluídas também as mulheres orientais/amarelas e indígenas, por se tratar de menos de 1% da amostra final.

4.3 TAMANHO DA AMOSTRA

As taxas de cesárea variam de acordo com a localização geográfica e as características de sua clientela. Dessa forma, a amostra para o estudo nacional foi estratificada por macrorregião (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), tipo de município (capital ou interior) e por tipo de hospital (público, privado ou misto). Os hospitais foram listados a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sendo que as instituições privadas, que possuíam leitos contratados pelo SUS, foram classificadas como financiamento misto. Cinco estratos foram produzidos para cada uma das cinco macro-

regiões: capital, interior, público, privado e misto. No final, a amostra foi composta de 30 camadas.

Uma amostra probabilística em dois estágios foi produzida para cada estrato. Primeiramente, os hospitais foram selecionados e, em seguida, as puérperas e seus conceptos. Os estabelecimentos de saúde elegíveis para o inquérito em nível nacional foram aqueles que realizaram 500 ou mais partos/ano, segundo estimativas do Sinasc, 2007, perfazendo o que correspondeu a 1.403 dos 3.961 estabelecimentos do País, responsáveis por 78,6% dos 2.851.572 nascimentos vivos em 2007.

O cálculo do tamanho da amostra para o Inquérito Nacional foi realizado com base na taxa de cesárea de 46,6% no ano de 2007 no Brasil, com significância de 5% para detectar diferenças de 14% entre instituições hospitalares privadas e mistas, com poder do teste de 95%. A amostra mínima por estrato foi de 341 puérperas. Devido ao fato da amostragem ser por conglomerados, usou-se um efeito de desenho de 1,3, chegando-se a um tamanho de amostra de 450 puérperas por estrato.

Além disso, o tamanho da amostra tem uma potência de 80% para detectar efeitos adversos na ordem de 3% e diferenças de pelo menos 1,5% entre as grandes regiões geográficas ou tipo de hospital (público, privado ou misto).

Um total de 266 hospitais foi amostrado para o estudo, 19% de todos aqueles com 500 nascimentos ou mais em 2007. O número de hospitais da amostra para cada estrato cumpriu a proporcionalidade, com o número mínimo de 5 hospitais em cada estrato, variando de 5 a 39. Na região Norte, o “campo privado” não pôde ser formado, devido à ausência de disponibilidades desta categoria de hospital.

O número de puérperas e seus conceptos amostrados foram de 23.940, distribuídos em 191 municípios em todo o Brasil, sendo 27 nas capitais e 164 no interior dos estados, incluindo todos os estados do País.

Para a região Sul, foram sorteados 46 estabelecimentos (hospitais), entrevistadas 90 mulheres em cada estabelecimento, e a amostra final foi de aproximadamente 4.145 mulheres e seus recém-nascidos. Para este estudo o resultado da amostra foi de 4036 mulheres e seus recém-nascidos.

4.4 LOGÍSTICA DE CAMPO

A coleta de dados iniciou em fevereiro de 2011 e terminou em setembro de 2012. Para cada estabelecimento de saúde incluído no estudo, houve um período variável de coleta, conforme o número de

partos por dia. Ao início do trabalho de campo, foram incluídas todas as puérperas elegíveis admitidas no estabelecimento selecionado, até completar o tamanho da amostra. A coleta de dados se estendeu nos finais de semanas e feriados.

O tempo estimado de duração da coleta de dados variou de uma semana a quatro meses, conforme o número de partos ocorridos no estabelecimento de saúde. Nos estabelecimentos com menos de 12 partos/dia, todas as puérperas foram incluídas até um total de 90 pares de mãe e bebê terem sido atingidos. Nas unidades com um número maior de nascimentos, o período de coleta de dados foi de 7 dias corridos, visando incluir todos os dias da semana, sendo realizadas no máximo 12 entrevistas por dia.

Houve sorteio aleatório das puérperas nos estabelecimentos quando a quantidade delas era maior do que o número máximo de entrevistas recomendado para cada entrevistador por dia. Esse sorteio foi realizado a partir de uma listagem de internação diária, que incluiu partos diurnos e noturnos. A listagem foi retirada a partir do registro das informações existentes no livro de registros de nascimentos, disponibilizado no centro obstétrico de cada um dos estabelecimentos.

Para cada município, existiu de um a oito entrevistadores, conforme o número de estabelecimentos de saúde e o volume de partos. Em municípios com muitas unidades amostradas, os entrevistadores e supervisores poderiam atuar em mais de uma unidade. No caso de transferência da puérpera e/ou do recém-nascido da maternidade onde ocorreu o parto para um hospital de referência, eles foram acompanhados pelo estudo, ou seja, os dados da puérpera foram coletados até 42 dias após o parto e do recém-nascido até o 28^o dia após o nascimento.

4.5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS QUESTIONÁRIOS

Para atender aos objetivos do estudo macro, foram elaborados quatro questionários. No entanto, para este estudo, foram utilizadas as informações somente do questionário aplicado à puérpera.

O primeiro questionário foi aplicado à puérpera em pelo menos seis horas depois do parto e era composto por variáveis de identificação materna, nível de escolaridade e de renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história obstétrica, enfermidades durante a gestação, uso de medicamentos durante a

gestação, trabalho de parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido. Na oportunidade, os cartões de pré-natal das gestantes foram fotografados.

O segundo questionário foi preenchido com base em dados disponíveis no prontuário médico: assistência pré-natal, admissão hospitalar, pré-parto, parto, medicamentos e intervenções realizadas, além da evolução do parto, com informações:

- Da puérpera (via de parto, dilatação no momento da admissão, trabalho de parto espontâneo ou induzido, uso de analgesia e anestesia no trabalho de parto, complicações imediatas da anestesia, uso de partograma, uso de ocitocina, CTG (cardiotocografia) na admissão e no trabalho de parto, amniotomia e o momento em que foi realizada, episiotomia, realização de manobra de Kristeller e morbidade materna);
- Do recém-nascido (índice de Apgar, peso ao nascer, idade gestacional, cuidados imediatos pós-nascimento, uso de oxigênio e de ventilação mecânica, membrana hialina, desconforto respiratório, hipoglicemia, admissão em UI/UTI neonatal);
- Condições de alta ou óbito (causa) da mãe e do concepto.

Entre o 45^o e 60^o dia pós-parto foi aplicado outro questionário à mãe, por meio de contato telefônico, para obter informações sobre a evolução:

- Da mãe (tempo de permanência no hospital, reinternação, infecção de parede, infecção da episiotomia, mastite, infecção urinária, desconforto materno, *stress* pós-traumático, dor pós-parto e reavaliação da motivação pela opção da cesariana);
- Do recém-nascido (aleitamento materno, morbidade, reinternação e óbito).

Um quarto questionário para reconhecer a infraestrutura e a capacidade instalada foi aplicado ao gestor da unidade.

Para todos os questionários foram elaborados manuais de instrução com a descrição dos procedimentos padronizados que deveriam ser seguidos e as alternativas para lidar com diferentes situações.

4.6 VARIÁVEIS

As variáveis relacionadas aos fatores investigados como passíveis de associação com a cesariana foram categorizadas em dois grupos: relacionadas às características socioeconômicas e história obstétrica e variáveis relacionadas ao pré-natal e nascimento.

A **variável de desfecho** via de parto foi construída a partir dos dados do questionário da puérpera, sendo classificada em três grupos: cesariana eletiva – considerada aquela realizada antes de a mulher entrar em trabalho de parto (segundo informação do prontuário); cesariana não eletiva, todas as outras cesarianas; e parto vaginal.

As **variáveis de exposição** incluídas foram:

- Variáveis sociodemográficas: Idade (< 20 anos/20-34 anos/35 anos e mais); raça/cor autorreferida (branca, preta, parda/morena/mulata); escolaridade (ensino fundamental/ ensino medio/ ensino superior e mais); estado civil (sem companheiro/com companheiro); parto segundo financiamento SUS/privado; local de realização da maioria das consultas de pré-natal (serviço público/particular ou plano de saúde/nos dois);
- Variáveis relacionadas à história obstétrica, pré-natal e parto: paridade (múltipara com parto vaginal anterior/múltipara com cesárea anterior/primípara); tipo de parto desejava no início da gestação (parto normal/parto cesárea/não tinha preferência); no final da gestação já havia decisão pelo tipo de parto (não/ sim, parto normal/sim cesárea); de quem foi a decisão sobre o tipo de parto (da mulher/do médico/conjunta ou de outra pessoa); número de consultas de pré-natal (0-3/4-5/6 ou mais); profissional que atendeu durante a maior parte das consultas de pré natal (não médico/médico); foi considerada gestante de risco (sim/não); entendimento quanto ao tipo de parto durante o pré natal (parto normal é mais seguro/cesárea é mais seguro/tanto parto normal quanto cesárea são seguros/não ficou esclarecida); profissional que acompanhou o parto foi o mesmo do pré-natal (não/sim); motivo para procurar atendimento para o parto (outros motivos/cesárea agendada).

4.7 EQUIPE TÉCNICA

A equipe executora da coleta de dados apresentou a seguinte composição: a) coordenação executiva; b) coordenadores regionais; c) coordenadores estaduais; d) supervisor de campo; e d) entrevistador/prontuarista de campo.

A coordenação executiva foi realizada por um coordenador geral e coordenadores centrais. O coordenador geral (Professora Maria do Carmo Leal da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz) foi a idealizadora do projeto e responsável pela integração da equipe, pelo andamento do projeto, pela relação com os órgãos de fomento e pelo gerenciamento financeiro do projeto, compartilhadamente com os coordenadores centrais.

A coordenação central foi formada por pesquisadores que tiveram como responsabilidades: elaborar os questionários e manuais de instrução dos instrumentos de campo; definir a logística do estudo (estratégias para o treinamento e padronização dos processos de coleta de dados, definição do fluxo de informações e controle da coleta de dados); organizar o trabalho de campo; fazer os contatos institucionais em nível nacional; compartilhar com o coordenador geral o gerenciamento financeiro do projeto. Os coordenadores regionais foram responsáveis por: identificar, selecionar, treinar e padronizar os coordenadores estaduais e as equipes de supervisores e entrevistadores; encaminhar os pedidos de pagamento, passagens e diárias da sua região para a coordenação central, em parceria com os coordenadores estaduais.

Os coordenadores estaduais, um para cada estado da Federação, ficaram responsáveis por: fazer contato com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; realizar o treinamento dos supervisores e entrevistadores; informar sobre os objetivos do estudo e o início da investigação; contatar os diretores dos estabelecimentos de saúde selecionados para o estudo com vistas a solicitar autorização para realização da pesquisa; organizar a realização do trabalho de campo em cada estabelecimento; divulgar o estudo na mídia local; controlar o desempenho dos supervisores de campo; solicitar e controlar o pagamento dos entrevistadores, passagens e diárias necessárias para a realização do trabalho de campo à coordenação regional.

Os supervisores ficaram responsáveis por: distribuir e receber diariamente os questionários e equipamentos dos entrevistadores; organizar o deslocamento da equipe de campo para os municípios; monitorar o desempenho dos entrevistadores e da qualidade dos dados

coletados; revisar os questionários; reaplicar os questionários em uma subamostra.

Os entrevistadores foram responsáveis por: aplicar os questionários e fazer a revisão deles diariamente, antes de enviar para o supervisor, para identificar incoerências e/ou incompletudes de informação. Também fotografaram os cartões de pré-natal e exames de ultrassonografia, quando existentes. Praticamente todos os entrevistadores eram estudantes universitários ou profissionais das áreas de saúde ou humanas.

4.8 TREINAMENTO

Primeiramente, a coordenação regional participou dos treinamentos juntamente com os coordenadores estaduais, realizado pela Fiocruz, visando garantir a padronização da coleta de dados.

Posteriormente, as coordenadoras regionais e estaduais replicaram o treinamento para as supervisoras de campo e para os entrevistadores. A programação das atividades foi desenvolvida por cinco dias consecutivos, com as seguintes ações: descrição do estudo e seus objetivos; exposição da logística; leitura dos questionários e manuais de instrução; realização de dinâmicas demonstrando a aplicação dos questionários; e obtenção de dados dos prontuários das puérperas selecionadas. Durante o treinamento, todos os entrevistadores manusearam o *netbook*, realizaram entrevistas com seus colegas de turma, assim como puérperas de hospitais que não participaram do estudo e assim exercitaram a digitação dos dados. Todas as dúvidas relacionadas ao preenchimento dos questionários da puérpera e do prontuário foram esclarecidas. Cada entrevistador recebeu um *netbook* contendo os questionários de forma digitalizada, com respectivo *login* e senha. O treinamento contou também com atividade prática, realizada em estabelecimento de saúde elegível, mas não selecionado para o estudo.

4.9 ESTUDO PILOTO

Objetivando avaliar a logística do trabalho de campo e a adequação dos questionários em condições reais, foi realizado um estudo piloto em dois municípios nas regiões Nordeste e Sudeste. Na oportunidade, também foram testadas as máscaras eletrônicas para digitação dos dados e os programas de restrição e coerência das

informações. Ao final do estudo piloto, foram realizados os ajustes nos questionários da pesquisa.

4.10 CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados e assim minimizar erros sistemáticos ou aleatórios durante a sua coleta, foram adotados procedimentos padronizados. Também foram elaborados manuais instrutivos com descrições detalhadas dos procedimentos para seleção da população do estudo e coleta de dados, a qual foi monitorada durante todo o estudo pelos supervisores de campo. Para identificar os estabelecimentos de saúde com maiores dificuldades para a realização da entrevista, a coordenação executiva elaborou instrumentos para o acompanhamento do trabalho de campo, com o objetivo de monitorar a evolução desse trabalho; assegurar a manutenção das características da representatividade da amostra e monitorar a taxa de participação das puérperas. As situações inesperadas foram analisadas, conjuntamente entre supervisores e coordenadores, para definir as intervenções necessárias. Os supervisores de campo replicaram os questionários e os prontuários preenchidos previamente em uma amostra aleatória de 2,5% das mães entrevistadas.

4.11 COLETA DE DADOS

A coordenação estadual realizou o contato com os diretores dos hospitais selecionados a fim de obter o aceite do estabelecimento de saúde para participar da pesquisa, enviando um resumo do projeto, uma carta da coordenação executiva e a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz. Antes de iniciar a coleta de dados, o supervisor de área agendou uma visita ao estabelecimento de saúde para fazer o reconhecimento do campo, estabelecer contato com a direção e com os profissionais que dariam as informações aos entrevistadores sobre o acesso aos sujeitos do estudo e prontuários e obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do diretor. Nessa ocasião, foi aplicado um instrumento padronizado para conhecer a forma de organização da assistência ao parto e assim preparar o desenvolvimento do trabalho de campo.

O supervisor apresentou a equipe de campo ao coordenador do estabelecimento de saúde, pactuando os horários e reconhecendo o local

de coleta das informações para o preenchimento da lista única de puérperas.

A equipe de campo preencheu diariamente a lista única de puérperas (anexo I), e os dados para o preenchimento da lista única foram retirados do livro de registro de nascimentos, disponibilizado no setor de centro obstétrico ou similar. A partir da lista única de puérperas, foi avaliado o número de puérperas e confrontado com o número de entrevistadores disponíveis na unidade (Quadro I), sendo realizado o sorteio aleatório das puérperas.

Quadro II - Distribuição do número de entrevistas de acordo com a quantidade de entrevistadores

Quantidade de entrevistadores	Turno	Quantidade de entrevistas previstas
1	Integral	6
2	Parcial	8 (4 entrevistas para cada entrevistador)
1	Integral	6
1	Parcial	4
Total		10
2	Integral	12 (6 entrevistas para cada entrevistador)

Obs: quando o número de puérperas elegíveis na sua lista única foi igual ao número de entrevistas previstas no dia, todas as puérperas foram entrevistadas.

A lista única de puérperas foi preenchida seguindo a ordem do horário do parto, independentemente de ter sido normal ou cesárea. O primeiro parto ocorrido no dia anterior, a partir das 3 h, recebeu o número de ordem 1, o segundo de ordem 2 e assim consecutivamente até o parto ocorrido às 2:59 h do dia da elaboração da lista, que recebeu o último número de ordem do dia.

Quando o número de puérperas elegíveis na lista única do dia fosse maior que o número de entrevistas previstas no dia, o entrevistador deveria proceder de forma aleatória a seleção da puérperas, conforme Lista de Seleção Aleatória de Puérperas (Anexo II).

4.12 ETAPAS DA ENTREVISTA

A realização da entrevista ocorreu no horário que melhor se adaptou à rotina da instituição, em conformidade com pactuação prévia. O entrevistador verificou com a equipe de enfermagem as condições

clínicas da paciente e aguardou no mínimo seis horas após o parto normal ou cesárea para proceder à entrevista.

Depois de selecionada a puérpera, o entrevistador verificou o número do prontuário e confirmou o nome da puérpera junto ao prontuário, deslocou-se até o leito da paciente e apresentou-se como auxiliar de pesquisa desenvolvida pela Fiocruz/Ministério da Saúde. Perguntou o nome da puérpera e anotou no referido TCLE (Anexo III), com caneta azul e letra legível.

Esclareceu sobre a pesquisa denominada: “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, que tem por objetivo melhorar o atendimento prestado nos serviços de saúde. Apresentou o TCLE, esclareceu dúvidas e solicitou a assinatura caso a puérpera tenha aceitado participar; caso contrário, preencheu somente dados do final do formulário: “motivos de recusa, idade, escolaridade”.

Em seguida, iniciou a entrevista utilizando o questionário digital, sendo orientado a fazer as perguntas de forma pausada e aguardar a resposta da puérpera. Todas as questões necessitavam ser assinaladas; do contrário, o sistema impediria o avanço da entrevista. Ao final da entrevista, foi orientado a agradecer a participação e reforçar que haveria o contato telefônico entre o 45^o e 60^o dias após a entrevista.

A equipe de campo permaneceu na instituição selecionada o tempo necessário para completar o número de puérperas amostrado (90). As informações dos prontuários foram resgatadas após o término da internação da puérpera e do recém-nascido.

Para a realização da entrevista por contato telefônico, entre o 45^o e o 60^o dia após o parto, foi contratada uma empresa que teve acesso à base de dados montada a partir dos dados coletados na entrevista com a puérpera com informações pessoais e dados necessários à sua localização: endereço, telefones fixos e móveis, residenciais, de trabalho da própria mãe ou de pessoa próxima. Além disso, contou com um espaço amplo para a descrição do resultado de cada contato telefônico. No caso da mulher não ser localizada por telefone, após várias tentativas em dias e horários diferentes, foi agendada obrigatoriamente uma visita domiciliar pelo entrevistador.

4.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Em um primeiro momento, foram obtidas as razões de proporções para cada um dos fatores potencialmente associados à via de parto. Em um segundo momento da análise, explorou-se como cada um

dos fatores socioeconômicos, história obstétrica, relacionados ao pré-natal e parto, influenciaram o desfecho.

As estratégias aplicadas à análise, entre os múltiplos fatores e o desfecho (cesárea eletiva e cesárea não eletiva), foram comparadas com o desfecho parto vaginal. Todas as variáveis foram consideradas como pertencentes ao mesmo nível de influência, sem distinção.

Na análise bruta, foi calculada a razão de prevalência (RP) ao comparar cesárea eletiva e não eletiva com parto vaginal. Foram estimadas a razão de prevalência e os respectivos intervalos de confiança para os desfechos deste estudo, levando-se em consideração a estratégia de amostra utilizada e os pesos amostrais. A associação entre variáveis demográficas, socioeconômicas da puérpera, relacionadas à preferência da mulher, ao pré-natal e ao parto foi investigada em análises bivariadas e múltipla por regressão logística multinomial, conforme proposto por Barros & Hirakata⁽⁵⁵⁾, para se estimar o papel de variáveis independentes que agem sobre o risco de cesárea.

4.14 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (Anexo V). Todos os estabelecimentos de saúde e puérperas que aceitaram participar do estudo ou seu responsável legal, em caso de adolescentes, receberam o TCLE (Anexo II).

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nomura, R. M. Y. et al. Centralização da circulação fetal em gestações de alto risco: avaliação da vitalidade fetal e resultados perinatais. *RBGO*, 2001, 23(03).
2. Rezende J. *Obstetricia*. Koogan G, editor. Rio de Janeiro, 2006.3. Carvalho I.L.E. Conhecimentos e expectativas de gestantes nulíparas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto . *Nursing*. São Paulo, 2004;7(69):34-40.
4. Brasil. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), editor. Rio de Janeiro,2008.
5. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:S25-S37.
6. Barros F, Victora C, Barros A, Santos I, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365:847-54.
7. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:185-94.
8. Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:472-80.
9. Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, Cecatti JG. Assistência obstétrica e complicações graves da gestação na América Latina e Caribe: análise das informações obtidas a partir de inquéritos demográficos de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;21:396-401.
10. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino, Maria Eduarda MLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:1051-61.

11. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGNd, 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:1521-34.
12. Machado Junior LC, Sevrin CE, Oliveira Ed, Carvalho HBd, Zamboni JW, Araújo Jcd, et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública*. 2009;25(1):124-32.
13. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008. 336:85-7.
14. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, et al. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth* 2010. 37: 44-9.
15. Menacker F, Hamilton BE. Recent Trends in Cesarean Delivery in the United States. NCHS data brief, no 35. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2010.
16. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:427-35.
17. Brasil. Datasus. Nascidos Vivos. Disponível<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acessado em: 15/05/2011.
18. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*. 2006;368(9546):1516-23.
19. Faúndes A, Pádua KS, Osís MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(4):488-94.

20. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *Bmj*. 2001;323(7322):1155-8.
21. 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. *The Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
22. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2009;19:313-26.
23. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:390-8.
24. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad saúde pública*. 2008;24(supl.3):s390-s8.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher 2012. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>.
Acessado em: 11/01/2013.
26. Pires HMB, Cecatti JG, Faúndes A. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista de Saúde Pública*. 1999;33:342-8.
27. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*. 1991;7:150-73.
28. Guerra GV, Cecatti JG, Souza JP, Faundes A, Morais SS, Gulmezoglu AM, et al. Elective induction versus spontaneous labour in Latin America. *Bull World Health Organ*. 2011;89(9):657-65.

29. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.
30. Brasil. Programa de Humanização do Parto: Humanização do Pre Natal e Nascimento. Editora do Ministério da Saúde, 2002. p. 28.
31. Brasil. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. PORTARIA Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro. Disponível em:<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acessado em 11/01/2013.
32. Bezerra LC, Oliveira SMJV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. Rev bras saúde matern infant. 2006;6(2):223-9.
33. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências parte I. Femina. 2010;38(8).
34. Brasil. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar - Versão Preliminar 2009. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/197--diretrizes_clinicas_ans_amb_cfm.pdf#page=16>. Acessado em: 12/01/2013.
35. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 326: 436-7.
36. Brasil. Parto, Aborto e Puerpério. Atenção Humanizada a Saude. Ministério da Saúde, 2001.
37. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):627-37.
38. Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian Perinatal Health Report, 2008 Edition. Ottawa, 2008.
39. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. Interação em Psicologia. 2009;13(1).

40. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista RFL, Coimbra LC, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz j med biol res.* 2007;40(9):1211-20.
41. Barros AJD, Santos IS, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Revista de Saúde Pública.* 2006;40:402-13.
42. Parente RCM, Moraes Filho OB, Rezende Filho J, Bottino NG, Piragibe P, Lima DT, et al. A história do nascimento parte 1 cesariana. *Femina.* 2010;38(9).
43. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery.* 2009;13:297-304.
44. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2006;22:2067-78.
45. Martins-Costa S, Ramos JGL. A questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(10):571-4.
46. Magalhães MC, Bustamante-Teixeira MT. Severe acute maternal morbidity: use of the Brazilian Hospital Information System. *Revista de Saúde Pública.* 2012;46(3):472-8.
47. Dias MAB, Domingues R. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(3):699-705.
48. Brasil. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS n.º 569 de 01 de junho de 2000. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro. Disponível em:<
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm> >. Acessado em 12/01/2013.

49. Brasil. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimento no âmbito do Estado. Institui o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. Portaria GM/MS n.466, de 14 de junho de 2000. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro. Disponível em: < sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P466_00obst.doc>. Acessado em 05/01/2013.

50. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20:1281-9.

51. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - Relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 283.

52. Brasil. Política Nacional de Humanização no Pré Natal e Nascimento. Implantação do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

53. Brasil. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Portaria Nº 2.351 de 05 de outubro de 2011. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf>. Acessado em : 15/01/2013.

54. Leal MC, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. Reprod Health. 2012;9:15.

55. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC. 2003;3(1):21.

6 ANEXOS

ANEXO II – FORMULÁRIO DE SELEÇÃO ALEATÓRIA

Lista de Mães Selecionadas - 4 Entrevistas		
Quantidade de Partos clários	Entrevistas	Substituição
5	1 2 4 5 3	
6	1 2 4 6 3 5	
7	1 2 3 5 6 4 7	
8	3 4 5 7 8 1 2 6	
9	2 4 6 8 9 7 1 5 3	
10	1 3 5 6 10 7 4 2 9 8	
11	1 2 4 5 8 10 7 6 3 9 11	
12	1 7 10 11 12 5 4 6 9 2 3 8	
13	1 4 8 9 12 6 2 13 5 3 7 11 10	
14	3 5 6 7 9 12 2 11 10 14 4 1 8 13	
15	2 5 6 14 15 1 9 8 11 12 4 7 13 10 3	
16	3 5 7 10 15 14 2 12 8 6 11 4 1 13 16 9	
17	2 12 13 14 17 11 6 11 5 1 6 10 9 3 8 5 16 7	
18	1 8 10 13 15 4 5 12 14 9 6 2 17 18 3 11 7 16	
19	3 5 6 9 17 11 4 7 16 10 1 2 15 13 12 8 14 18 19	
20	3 5 7 10 13 9 19 12 1 11 17 16 14 18 4 6 15 20 8 2	
21	2 9 18 19 20 16 5 21 4 6 3 14 12 15 10 1 11 17 7 8 13	
22	3 6 9 10 20 19 1 7 18 22 15 16 5 17 21 11 4 14 8 2 12 13	
23	4 5 14 19 21 17 9 8 20 6 3 11 13 7 16 15 18 2 22 23 10 1 12	
24	3 4 7 9 12 1 14 24 13 22 23 6 19 10 18 16 2 20 15 21 11 5 17 8	
25	5 6 10 23 25 9 21 22 3 15 4 11 18 20 17 7 8 19 12 24 2 1 14 16 13	
26	4 5 12 17 23 3 18 20 10 26 15 1 8 22 16 7 11 24 21 14 13 2 6 19 25 9	
27	8 18 20 21 23 11 27 2 10 4 14 1 6 24 15 19 7 25 13 17 12 22 16 26 3 5 8	
28	6 8 17 18 28 25 26 12 2 9 10 7 19 23 3 21 14 4 11 16 5 15 27 24 20 1 22 13	
29	1 6 9 14 15 16 25 7 20 10 24 28 18 12 3 2 5 13 23 26 27 29 19 21 8 4 11 22 17	
30	7 12 22 24 26 8 3 23 26 29 20 25 17 21 19 16 14 18 4 2 1 5 13 11 9 15 10 6 27 28	
31	9 12 20 21 31 27 30 17 15 22 26 19 2 29 5 23 11 1 28 14 25 4 18 7 16 6 13 24 10 8 3	
32	12 19 24 26 31 28 29 18 32 9 20 17 27 23 4 6 11 1 13 30 22 21 3 25 16 5 2 7 8 10 15 14	
33	9 13 17 26 32 3 31 20 24 12 4 27 28 1 29 22 26 / 15 19 23 10 2 5 21 33 30 14 11 8 16 6 18	
34	3 5 6 10 18 4 17 28 9 8 19 15 16 27 29 25 11 22 32 26 34 30 7 21 24 13 31 12 20 2 1 33 14 23	
35	3 11 23 31 33 28 4 35 34 18 27 29 25 17 13 8 6 24 22 10 26 9 12 5 21 30 16 14 20 19 2 1 7 32 15	
36	14 21 27 28 32 2 30 5 4 6 22 8 35 24 12 20 7 19 28 33 10 26 18 25 31 15 23 11 17 3 16 36 1 34 13 8	
37	11 14 27 32 36 12 18 9 21 13 1 17 37 6 8 5 15 26 33 16 22 29 23 4 35 19 28 2 31 7 30 3 10 34 24 25 20	
38	10 18 23 32 36 6 16 38 20 9 2 14 12 33 24 3 29 25 26 17 31 21 11 37 35 8 19 4 27 34 28 5 13 7 1 15 19 10 11	
39	9 23 31 36 36 33 34 11 39 27 20 26 13 8 30 15 3 12 4 32 17 37 1 19 25 38 7 6 5 10 24 14 22 18 2 13 14 11	
40	2 9 11 22 38 30 13 9 34 18 26 20 33 29 31 1 25 29 35 38 8 27 16 15 23 37 6 17 24 5 13 14 36 12 40 4 21 32 7 10	

Lista de Seleção Aleatória de Puérperas - 6 Entrevistas		
Quantidade de Partos clários	Entrevistas	Substituição
7	1 3 4 5 6 7 2	
8	2 3 4 5 6 8 1 7	
9	1 2 3 4 6 8 5 7 9	
10	1 3 4 6 7 9 10 2 8 5	
11	1 2 3 4 7 9 8 6 10 11 5	
12	4 5 6 7 8 10 2 9 11 1 12 3	
13	1 4 5 8 10 11 2 12 3 13 9 7 6	
14	5 6 7 10 11 13 2 9 12 4 1 3 8 14	
15	3 4 7 11 12 13 14 6 8 16 5 2 9 1 10	
16	2 4 8 10 11 12 14 16 3 13 6 7 1 9 5 15	
17	2 3 11 13 15 17 12 8 5 4 7 1 9 10 16 6 14	
18	2 5 9 12 14 15 11 10 18 13 4 7 16 8 1 3 17 8	
19	4 6 10 11 13 19 2 8 17 3 12 15 9 16 7 5 18 14 1	
20	3 5 8 9 10 19 17 16 2 12 14 4 13 20 1 15 7 11 8	
21	3 4 12 13 18 21 6 10 5 1 14 19 2 20 7 8 17 15 9 11 16	
22	1 7 8 10 19 21 20 9 16 15 22 4 2 11 17 6 8 16 3 12 14 13	
23	5 7 10 13 16 19 21 15 17 8 11 1 6 14 19 12 23 3 22 2 20 9 4	
24	3 7 8 12 19 24 15 14 22 17 2 10 16 6 23 9 5 1 4 13 20 11 21 18	
25	1 2 13 14 18 23 15 25 10 22 7 5 24 21 3 17 8 20 19 9 4 12 11 16 6	
26	1 11 17 18 25 26 6 5 19 22 16 15 10 24 4 13 2 12 8 23 9 7 3 21 14 20	
27	5 6 8 15 20 25 23 17 11 24 13 16 7 14 21 26 18 1 10 9 2 27 4 12 19 3 22	
28	6 7 18 20 23 27 1 9 2 13 25 8 22 28 4 12 15 11 19 21 5 17 14 10 26 24 3 16	
29	2 3 16 18 23 27 11 24 6 12 14 9 4 8 10 15 19 26 13 20 28 28 17 21 5 7 22 1 23	
30	9 11 15 17 22 27 20 28 12 18 10 4 6 23 13 1 21 24 5 2 3 16 7 8 29 30 26 14 25 19	
31	3 9 10 16 17 27 23 1 26 6 12 22 11 19 14 7 2 29 24 30 20 15 28 31 8 4 21 13 19 25	
32	6 10 13 20 22 26 16 4 31 30 8 21 3 28 17 24 18 25 2 7 12 32 5 19 6 11 27 1 14 23 15 29	
33	9 12 14 16 26 30 19 27 23 16 26 8 33 33 20 19 18 1 5 24 21 30 7 31 22 19 2 8 4 3 11 32	
34	3 12 22 23 24 32 13 6 27 26 14 19 25 26 18 34 21 1 5 20 13 4 7 15 11 8 2 17 31 30 28 16 10	
35	5 8 18 20 33 36 21 31 1 19 28 17 30 34 7 32 27 5 9 12 26 14 10 4 13 8 15 2 16 25 23 24 3 31 22	
36	5 13 20 23 24 30 30 27 11 1 32 19 28 31 5 8 26 4 30 2 25 29 28 36 18 35 34 22 9 7 3 14 16 15 17 21	
37	6 9 18 19 28 34 30 21 8 2 22 32 14 7 12 29 27 35 11 20 10 5 33 26 15 1 35 3 17 31 25 16 4 37 23 24	
38	15 18 21 32 36 26 8 30 25 16 33 22 31 19 5 11 24 27 2 26 14 35 9 8 13 1 17 7 23 20 10 4 28 12 29 37 3 34	
39	3 4 15 17 31 32 34 14 25 7 37 23 8 29 28 16 33 1 39 22 19 9 27 35 5 12 2 11 30 36 26 10 20 21 14 38 18 6	
40	5 16 21 29 34 38 31 32 2 25 6 10 36 12 20 13 7 24 14 39 28 23 18 22 30 17 4 35 27 11 33 40 37 8 1 9 15 26 19 3	

ANEXO III – MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento**”, de responsabilidade de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visitá-la em seu domicílio, caso necessário.

Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa (*passar para o Bloco I da entrevista*)

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa, sendo a participação autorizada por seu responsável (*passar para o Bloco I da entrevista*)

Entrevista realizada com respondente próximo

Não aceitou participar da pesquisa (*solicitar autorização para preenchimento do quadro “Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa”*)

Coordenação geral: Dra Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Silvana Granado ou Dra. Mariza Theme.
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 808 – Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel: (21) 2598-2621.
Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 314
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.
Telefax: (21) 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: _____

Nome e telefone do coordenador estadual: _____

Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:

1. Motivo da Recusa: _____
2. Idade da entrevistada (mãe): [] [] [] anos (*preencher com 99 caso ela não queira responder*)
3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino
 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior 9. Não quis dar a informação []
4. Raça ou cor (*opinião do entrevistador*):
 1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena []
5. Tipo de parto
 1. Normal 2. Cesariana 9. Não quis dar a informação []
6. O seu parto foi pago pelo:
 1. SUS 2. Plano de saúde 3. Particular []
7. Nome completo da Entrevistada (mãe): _____

ANEXO IV – FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10
CAAE: 0096.0.031.000-10

Título do Projeto: “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 04 / 2010

Data de apreciação: 11 / 05 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII, 13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.



PROF. SÉRGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Fonte: ESCOLA Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ENSP. Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/nascernobrasil>>. Acessado em: 20 jun. 2011.

PARTE I I – ARTIGO CIENTÍFICO

Fatores associados à cesariana eletiva e não eletiva na Região Sul do Brasil: estudo seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento

Factors Associated with Elective Caesarean Section in Southern Brazil: cross sectional study from the National Survey on Labor and Delivery.

Título corrido: Fatores associados à cesariana eletiva e não eletiva na Região Sul do Brasil

Running title: Factors Associated with Elective Caesarean Section in Southern Brazil

Otilia Cristina Coelho Rodrigues¹, Odaléa Maria Brüggemann², Paulo Fontoura Freitas³, Eleonora d’Orsi¹

¹ Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

² Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

Endereço para correspondência:

Eleonora d’Orsi

Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Campus Universitário –
Trindade.

Florianópolis – SC – Brasil 88010-970

Tel: (55 48) 37219388; Fax: (55 48) 3721-9542.

RODRIGUES, Otilia Cristina C. Fatores Associados a Cesárea Eletiva e Não Eletiva na Região Sul do Brasil: estudo seccional a partir do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Florianópolis, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – área de concentração em Epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Objetivando avaliar os fatores associados à realização de cesariana eletiva na região Sul do Brasil, realizou-se um estudo seccional a partir dos dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimentos. A amostra foi de 4036 mulheres/recém-nascidos. Foi aplicado questionário com informações sociodemográficas, história obstétrica, pré-natal e parto. Foram investigadas associações em análises bivariadas e múltipla por regressão logística multinomial. A frequência de cesariana foi de 57%, 72,5% foram cesáreas eletivas. A decisão médica pela via de parto esteve significativamente associada ao maior risco de realizar cesárea eletiva tanto na análise bruta (RP=1,23) quanto na análise ajustada (RP=1,32). Cesárea na gestação anterior confere mais que o dobro de risco de realizar cesárea eletiva (RP= 2,24). Existe forte associação entre cesariana eletiva e cesárea na gestação anterior, usuários do sistema de saúde privado ou suplementar, assistência ao pré-natal e parto realizados pelo mesmo profissional médico e decisão pela via de parto majoritariamente médica.

Descritores: cesárea; procedimentos cirúrgicos eletivos; fatores associados

RODRIGUES, Cristina Otilia C. Factors Associated with Elective and Non-Elective Cesarean Section in southern Brazil: cross sectional study from the National Survey on Labor and Delivery. Florianópolis, 2012. Dissertation (Master in Public Health - Epidemiology in concentration area). Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Santa Catarina.

ABSTRACT

In order to evaluate factors associated with elective and not elective cesarean section in Southern Brazil, we conducted a cross-sectional study based on data from the National Survey on Labor and Birth. The sample consisted of 4036 women / newborns. A questionnaire about sociodemographic, obstetric history, prenatal and birth information was applied. Associations were estimated in bivariate and multivariate analysis using multinomial logistic regression. The frequency of cesarean was of 57%, 72.5% were elective surgeries. The medical decision for the route of delivery was significantly associated with greater risk of performing elective caesarean section both in crude analysis (PR = 1.23) and in the adjusted analysis (PR = 1.32). Cesarean section in a previous pregnancy gives more than twice the risk of performing elective cesarean (PR = 2.24). There is a strong association between elective cesarean and cesarean in a previous pregnancy, users of private health care system or supplementary, prenatal care and birth performed by the same physician and decision for the delivery route mostly medical.

Keywords: Cesarean section. Elective surgical procedures. Associated factors.

Introdução

O objetivo da assistência ao parto é garantir a saúde e integridade da mulher e concepto, devendo o profissional de saúde estar atento a complicações, buscando garantir a segurança de ambos. A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾ recomenda que o profissional de saúde somente deva intervir no processo do nascimento quando for realmente necessário. No entanto o que se tem observado é que a incidência de diversas intervenções, incluindo a operação cesariana, vem aumentando, tanto no Brasil quanto em outros países^(2, 3). Na década de 70 as taxas de cesárea no Brasil estavam em torno de 10% dos nascimentos, atingindo taxas de mais de 30% nas décadas de 80 e 90, e nas últimas décadas patamares que giram em torno de 48%^(3, 4). Alguns países da América Latina apresentam taxas de cesariana superiores a 50% de todos os nascimentos, em hospitais privados^(5, 6).

A OMS e muitos profissionais de saúde demonstram preocupação^(7, 8), pois as cesarianas desnecessárias podem estar associadas a maiores riscos maternos, tais como infecção puerperal, hemorragias pós-parto⁽⁹⁾, riscos perinatais, como a prematuridade tardia; além de complicações respiratórias e maior incidência de baixo peso nesses recém-nascidos^(9, 10). Acredita-se que a falta de informação sobre os riscos por parte da mãe e a conveniência da intervenção programada pelo obstetra acabam por determinar a realização do procedimento antes da mulher apresentar sinais de trabalho de parto, podendo acarretar em nascimento de recém nascidos pré-termo⁽¹¹⁾.

Estudos retratam que a cesárea eletiva, aquela realizada antes da mulher entrar em trabalho de parto⁽¹²⁾, decidida com antecedência em dia e hora marcados⁽¹³⁾, tem sido realizado com relativa freqüência nos últimos anos, podendo corresponder a até 10% de todos os nascimentos⁽²⁾. Prematuridade associada à falta de precisão quanto à idade gestacional, tem sido associada a um risco até 120 vezes maior de síndrome do desconforto respiratório,^(6, 14).

Os fatores que possivelmente vem contribuindo para o aumento nas taxas de cesárea, vão desde o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, redução dos riscos de complicações pós-operatórias, fatores demográficos e nutricionais, assim como a percepção dos profissionais médicos e de pacientes de que este é um procedimento seguro⁽¹⁵⁾. Há de se citar também, conforme retratado por Diniz⁽¹⁶⁾, que os altos índices de cesárea estão relacionados com experiências traumáticas das mulheres com o parto normal, devido a intervenções

agressivas e desnecessárias, assim como o alto grau de violência nas relações com os profissionais de saúde, permeadas por abusos verbais, e humilhação sexual, que desmoralizam seu sofrimento e desautorizam eventuais pedidos de ajuda.

Outro fator importante na análise das elevadas taxas de cesárea, é a organização da prática obstétrica, já que as principais justificativas estão relacionadas à conveniência da intervenção para o obstetra, a incerteza quanto à possibilidade de iatrogenias fetais e a falta de preparo materno⁽⁵⁾, ainda que a preferência das mulheres seja pelo parto vaginal, conforme foi constatado por Faúndes e colaboradores (2004)⁽¹⁷⁾.

Apesar de a assistência a saúde ter melhorado no decorrer das últimas décadas no Brasil, a atenção obstétrica praticada ainda é centrada na patologia, com alto grau de utilização de tecnologias, especialmente a realização da operação cesariana e ocupa o segundo lugar com maior incidência de cesárea na América Latina, chegando a apresentar 90% dos nascimentos em clínicas particulares⁽¹⁸⁾. Sabe-se que cerca de 30% da população está coberta por algum plano de saúde, e neste setor a assistência obstétrica ao parto e nascimento apresenta altas taxas de cesariana, variando de 64,30% em 2003 a 80,72% em 2006⁽³⁾.

No ano de 2010 ocorreram cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, 52,35%⁽¹⁹⁾ deles se deu por cesariana. Segundo dados da série Saúde no Brasil, na análise comparativa entre os anos de 1992 e 2010 foi possível verificar que mulheres submetidas à cesariana tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer e 5 vezes mais de ter infecção puerperal (entre 2000–2011) que as de parto normal. A proporção de prematuros aumentou, sendo maior nas cesarianas do que nos partos normais. Em 2010, hospitais não públicos apresentaram taxas maiores (63,6%) e aumento superior a 14% no período de 2006 a 2010⁽⁴⁾.

Os danos potenciais para mães e bebês associados ao uso indiscriminado das cesáreas, vem sendo estudados por vários autores no Brasil. Em Pelotas, os resultados de três coortes (1982, 1993 e 2004) apontam que a proporção de nascimentos prematuros aumentou de maneira acentuada, de 6,3% em 1982 para 14,7% em 2004, sendo esta mudança injustificável, pois para o ano de 2004 as mães tinham melhores indicadores de saúde que as das coortes anteriores, no entanto demonstra que houve um aumento significativo nas interrupções pré-termo da gravidez, seja por cesariana ou indução⁽²⁰⁾.

As taxas de cesáreas estão relacionadas às desigualdades sociais, sendo que grupos com melhores condições de saúde materna, socioeconômica e menor risco obstétrico, apresentam maior chance de

cesárea, enquanto que grupos mais pobres, com maiores desigualdades sociais, apresentam taxas de cesáreas muito baixas⁽²¹⁾. Esse fenômeno demonstra a existência da equidade inversa⁽²²⁾ no acesso à operação cesariana, pois muitas são realizadas sem uma real necessidade nas mulheres com melhores condições socioeconômicas, enquanto mulheres em situações socioeconômicas desfavoráveis, nas quais existe eventualmente a necessidade de um procedimento cirúrgico, acabam por não ter o acesso garantido.

Como estratégia para qualificar a assistência obstétrica no Brasil, o Ministério da Saúde vem trabalhando desde 1983, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁽²³⁾, no ano 2000 estabeleceu o “Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas”, propondo limites, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos, onde todos os estados deveriam atingir um percentual máximo de 25% de partos cirúrgicos, em um período de 5 anos. No ano 2002 instituiu o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN), marco na reestruturação da atenção obstétrica, objetivando o desenvolvimento e estruturação de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos⁽²⁴⁾.

As medidas adotadas tiveram inicialmente um impacto positivo, logrando reduzir as taxas de cesariana para 23%, ainda no ano 2000. No entanto, os efeitos do pacto foram de curta duração, e as taxas de cesárea voltaram a aumentar, principalmente no setor privado, levando a organização de novas políticas, como a regulamentação do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento⁽²⁹⁾, assim como a regulamentação do direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto⁽²⁵⁾. Muito recentemente em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, uma política de estado com foco na qualificação do atendimento durante o pré-natal, parto e puerpério. A proposta busca instituir um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal, através de uma rede de atendimento com foco no acolhimento e resolutividade, objetivando a redução da mortalidade materna e neonatal⁽²⁶⁾.

O modelo de assistência à saúde no Brasil está estruturado em práticas médico hospitalares individuais, com foco na medicina intervencionista. Com taxas de cesariana que estão entre as mais altas do mundo, principalmente na iniciativa privada, sendo que as práticas que são recomendadas pela OMS e MS apresentam baixa adesão, tanto do sistema público quanto privado. Outro fator relevante tem relação com a formação profissional voltada para aspectos médicos da

parturição, com pouca valorização dos aspectos sociais e subjetivos da gestação, parto e nascimento⁽²⁷⁾.

A hipótese geral do estudo é a de que as características socioeconômicas, história obstétrica e questões relacionadas ao pré-natal e parto estejam diretamente relacionadas à realização da cesárea, tanto de forma eletiva quanto não eletiva. Considerando que a maioria das parturientes é capaz de passar de forma saudável o momento crítico do parto, sem a necessidade de intervenção médica, o objetivo do presente estudo é estimar os fatores associados à realização de cesariana eletiva e não eletiva na região Sul do Brasil, a qual apresenta uma das maiores taxas(63%) de cesárea no Brasil⁽¹⁹⁾.

Métodos

Este estudo está inserido em um inquérito abrangente de base hospitalar, realizado nacionalmente, coordenado pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), denominado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”⁽⁶⁾. Trata-se de um estudo do tipo coorte de base hospitalar, iniciado em fevereiro de 2010, que teve como principal objetivo conhecer as complicações maternas e as dos recém-nascidos, de acordo com a via de parto no País, com metodologia e logística pertinentes, conforme pode ser verificado em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>, acessado em 21/12/2012). As entrevistas foram concluídas em setembro de 2012. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz/ Ministério da Saúde (Parecer nº 0.92/2010) e todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o presente estudo seccional foram utilizados os dados provenientes deste inquérito referentes à região Sul do Brasil, sendo selecionadas todas as **puérperas** admitidas nas maternidades dessa região, por ocasião do nascimento. O estudo excluiu as mulheres que deram à luz em casa, ou com distúrbio de saúde mental grave, que estavam desabrigadas ou estrangeiras que não entendiam a língua portuguesa; surdas/mudas; e as mulheres admitidas por ordem judicial, assim como todas as puérperas que tiveram como produto de concepção dois ou mais fetos e nascidos mortos. Foram excluídas da presente análise também as mulheres orientais/amarelas e indígenas, por se tratar de menos de 1% da amostra final, e gestações múltiplas.

O cálculo do tamanho da amostra para o Inquérito Nacional foi realizado com base na taxa de cesárea de 46,6% no ano de 2007 no Brasil, no nível de significância de 95% para detectar diferenças de até 14% entre instituições hospitalares privadas e mistas, com poder do teste de 80%. A amostra mínima por estrato foi de 341 puérperas. Devido ao fato da amostragem ser por conglomerados, usou-se um efeito de desenho de 1.3, chegando-se a um tamanho de amostra de 450 puérperas por estrato. Além disso, o tamanho da amostra tem um poder de 80%, para detectar efeitos adversos na ordem de 3% e diferenças de pelo menos 1,5% entre as grandes regiões geográficas ou tipo de hospital (público, privado ou misto).

O número de puérperas e seus conceitos amostrados foram de 23.940, distribuídos em 191 municípios em todo o Brasil, sendo 27 nas capitais e 164 no interior dos estados, incluindo todos os estados do País. Para a região Sul foram sorteados 46 estabelecimentos (hospitais), entrevistadas 90 mulheres em cada estabelecimento, e a amostra final dessa região de aproximadamente 4145 mulheres e seus recém-nascidos, atendendo aos critérios de exclusão, a amostra final resultou em 4036 mulheres e seus recém-nascidos.

Na região Sul a coleta de dados iniciou em fevereiro e terminou em setembro de 2011. Para cada estabelecimento de saúde incluído no estudo, houve um período variável de coleta, conforme o número de nascimentos por dia. Ao início do trabalho de campo, foram incluídas todas as puérperas elegíveis admitidas no estabelecimento selecionado, até completar o tamanho da amostra. A coleta de dados se estendeu nos finais de semanas e feriados. O tempo estimado de duração da coleta de dados variou de uma semana a quatro meses, conforme o número de nascimentos ocorridos no estabelecimento de saúde. Nos estabelecimentos com menos de 12 nascimentos/dia, todas as puérperas foram incluídas até um total de 90 pares de mãe e bebês terem sido atingidos. Nas unidades, com um número maior de nascimentos o período de coleta de dados foi de 7 dias corridos, visando incluir todos os dias da semana, sendo realizadas no máximo 12 entrevistas por dia.

Houve sorteio aleatório das puérperas nos estabelecimentos quando a quantidade de puérperas era maior do que o número máximo de entrevistas recomendado para cada entrevistador por dia. Esse sorteio foi realizado a partir de uma listagem de internação diária, que incluiu nascimentos diurnos e noturnos. A listagem foi retirada a partir do registro das informações existentes no livro de registros de nascimentos, disponibilizado no centro obstétrico de cada um dos estabelecimentos.

Para cada município foram alocados de um a oito entrevistadores, conforme o número de estabelecimentos de saúde e o volume de nascimentos. No caso de transferência da puérpera e/ou do recém-nascido da maternidade onde ocorreu o nascimento para um hospital de referência, eles foram acompanhados pelo estudo, ou seja, os dados da puérpera foram coletados até 42 dias após o nascimento e do recém-nascido até o 28^o dia após o nascimento.

A fonte de dados para este estudo foi o questionário com a puérpera, aplicado pelo menos 6 horas depois do nascimento, composto por variáveis de identificação materna, nível de escolaridade e de renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história obstétrica, enfermidades durante a gestação e uso de medicamentos durante a gestação, trabalho de parto e avaliação da assistência prestada à ela e ao recém-nascido.

A **variável de desfecho** via de parto foi construída a partir dos dados do questionário da puérpera, classificada em três grupos: cesariana eletiva considerada aquela realizada antes de a mulher entrar em trabalho de parto, cesariana não eletiva, todas as outras cesarianas, e parto vaginal.

Para identificar a associação entre os fatores investigados com a cesariana, houve a categorização das variáveis de exposição em dois grupos, relacionadas às características socioeconômicas e história obstétrica e relacionadas ao pré-natal e nascimento.

As **variáveis de exposição** incluídas foram: Variáveis sociodemográficas: Idade (12 a 19 anos/20-34 anos/35 anos e mais); escolaridade (ensino fundamental/ensino médio/ensino superior e mais); raça/cor auto-referidas (branca, preta, parda/morena/mulata); estado civil (sem companheiro/com companheiro); parto segundo financiamento SUS/privado; local de realização da maioria das consultas de pré-natal (serviço público/particular ou plano de saúde/nos dois). Variáveis relacionadas à história obstétrica, pré-natal e parto: paridade (múltipara com parto vaginal anterior/múltipara com cesárea anterior/primípara); tipo de parto desejava no início da gestação (parto normal/cesárea/não tinha preferência); no final da gestação já havia decisão pelo tipo de parto (não/ sim, parto normal/sim cesárea); de quem foi a decisão sobre o tipo de parto (da mulher/do médico/conjunta ou de outra pessoa); número de consultas de pré-natal (0-3/4-5/6 ou mais); profissional que atendeu durante a maior parte das consultas de pré natal (não médico/médico); foi considerada gestante de risco (sim/não);

entendimento quanto ao tipo de parto durante o pré natal (parto normal é mais seguro/cesárea é mais seguro/tanto parto normal quanto cesárea são seguros/não ficou esclarecida); profissional que acompanhou o parto foi o mesmo do pré-natal (não/sim); motivo para procurar atendimento para o parto (outros motivos/cesárea agendada).

Em um primeiro momento, foram obtidas as razões de prevalência (RP) para cada um dos fatores potencialmente associados à via de parto. Em um segundo momento da análise explorou-se como cada um dos fatores socioeconômicos, história obstétrica, relacionados ao pré-natal e parto, influenciaram o desfecho.

As estratégias aplicadas à análise entre os múltiplos fatores e o desfecho (cesárea eletiva e cesárea não eletiva) foram comparadas entre si com o desfecho parto vaginal. Todas as variáveis foram consideradas como pertencentes ao mesmo nível de influência, sem distinção. Na análise bruta foi calculada a RP ao comparar cesárea eletiva e não eletiva com parto vaginal. Foram estimadas a RP e os respectivos intervalos de confiança de 95%, para os desfechos deste estudo levando-se em consideração a estratégia de amostra utilizada e os pesos amostrais. A associação entre variáveis sociodemográficas, relacionadas à história obstétrica, ao pré-natal e ao parto foram investigadas em análises bivariadas e múltipla por regressão logística multinomial, para se estimar o efeito independente das variáveis associadas à cesariana.

Resultados

Foram estudadas 4036 mulheres com nascidos vivos de gestação única, que correspondem a 17% da amostra nacional e 97% da amostra para a região Sul do Brasil. A frequência de cesariana foi de 57%, destas, 75% foram realizadas antes da mulher entrar em trabalho de parto (cesáreas eletivas). Da amostra de 4142 mulheres pesquisadas na região Sul do Brasil, foram excluídas 106 mulheres (2,56%), por se tratarem de gestações múltiplas, natimortos ou óbitos fetais, assim como orientais amarelas e indígenas que constituíram menos de 1% da amostra final.

A Tabela 1 mostra a distribuição das puérperas de acordo com as variáveis de exposição. A maioria das mulheres possuía idade entre 20 e 34 anos (71,43%), ensino médio e superior ou mais e somaram juntas mais de 53% da amostra. Houve predomínio de mulheres da cor branca (65%) e estado civil com companheiro (87,69%). Somente 31% das usuárias estudadas relataram que o financiamento do parto foi privado,

sendo que 57% informaram ter realizado a maioria das consultas de pré-natal no serviço público. A maioria das mulheres foi classificada como múltipara, e somente 25% destas relataram cesárea na gestação anterior. Constatou-se ainda que houve maior relato de preferência pelo parto normal tanto no início quanto no final da gestação, respectivamente 62,43 e 41,49%. A maioria (78,95%) das mulheres informou que realizou 6 ou mais consultas de pré-natal, tendo o profissional médico como responsável por 94,70% dos atendimentos. Para 36% das mulheres o profissional que acompanhou o pré-natal foi o mesmo que fez o parto. Apesar de 57% das mulheres terem realizado cesárea, mais de 80% delas informou que não foi considerada gestante de risco. Quando questionadas sobre qual o entendimento sobre a via de parto durante o pré-natal, 53,44% delas afirmaram que o parto normal é mais seguro para a mãe. Mais de 20% das mulheres estudadas informaram que o motivo para procurar atendimento para o parto foi por estarem com a cesárea agendada.

As Tabelas 2 e 3 apresentam as prevalências, razões de prevalência brutas e intervalo de confiança (IC) de 95%, para as variáveis cesárea eletiva versus parto vaginal e cesárea não eletiva versus parto vaginal, para as variáveis socioeconômicas, história obstétrica e relacionadas ao pré-natal e parto.

Ter idade de 35 ou mais anos conferiu mais de 5 vezes o risco de realizar cesárea eletiva e, juntamente com ter ensino superior ou mais, parto com financiamento privado, realização de pré-natal no serviço particular ou plano de saúde e cesárea na gestação anterior influenciou de maneira significativa a realização de cesárea eletiva. Para cesárea não eletiva, as variáveis relacionadas a escolaridade com ensino superior e mais, financiamento privado para o parto, realização de pré-natal no serviço público e cesárea na gestação anterior mantiveram alto grau de influência, entretanto a magnitude das associações foi menor comparado as cesáreas eletivas.

O desejo pela cesárea no início da gestação conferiu risco quase 5 vezes maior de realizar cesárea eletiva (IC 3,91-6,04) e quase o dobro de risco de realizar cesárea não eletiva (IC 1,33-2,52). Já quando analisamos a decisão sobre o tipo de parto no final da gestação verificamos que das gestantes que já haviam decidido por cesárea o risco de cesárea eletiva foi quase 20 vezes maior. A decisão pela via de parto no final da gestação por parte do médico esteve associada ao maior risco de realizar cesárea eletiva na análise bruta (RP=1,95) com considerável aumento na análise ajustada (RP=7,79), apresentando a mesma tendência

para a cesárea não eletiva (RP=4,37). A realização de 6 ou mais consultas de pré-natal evidenciou risco de realizar cesárea eletiva (RP=2,86) na análise bruta, perdendo a significância na análise ajustada.

No modelo ajustado (Tabela 4), a faixa etária entre 20 e 34 anos apesar de apresentar diminuição na razão de prevalência de 3,15 para 1,47 manteve a significância ($p < 0,05$) tanto para cesárea eletiva quanto não eletiva. O financiamento do parto pelo sistema privado que representava um risco mais de 14 vezes para cesárea eletiva, na análise ajustada o risco diminuiu, mantendo a significância estatística ($p < 0,001$).

Já quando avaliamos a paridade, verificamos que ser múltipara com cesárea anterior confere risco aumentado (RPajust=8,48) para realização de cesárea eletiva ($p < 0,001$), assim como para cesáreas não eletivas (RPajust=4,52), mesmo após ajuste para confundimento.

Verifica-se que no modelo final a maioria das associações se mostraram estatisticamente significativas, tendo como variável mais fortemente associada ao desfecho o motivo para procura do atendimento para o parto, onde a cesárea agendada apresentou razão de prevalência de 34,69 para cesárea eletiva e 7,51 para cesárea não eletiva, ambos os dados significativos.

Discussão

Este estudo buscou identificar os fatores associados à cesariana eletiva e não eletiva através das características sociodemográficas, relacionadas à gestação e ao parto, assim como o tipo de financiamento para o parto. Os mais fortes preditores de cesárea eletiva foram cesárea na gestação anterior, ter sido acompanhada durante o parto pelo mesmo profissional que acompanhou durante o pré-natal e a cesárea estar agendada como motivo para procurar atendimento para o parto.

Verificou-se a perda da significância estatística após ajuste para as variáveis socioeconômicas, apontando para potenciais mediadores de risco, onde mulheres de classes sociais mais privilegiadas apresentam maiores riscos de realizar cesárea de forma eletiva, demonstrando a existência da equidade inversa na seleção da via de parto, situação em que indivíduos com melhores condições socioeconômicas apresentam maiores chances de realizar cesárea.

Mulheres com melhores condições socioeconômicas, idade e escolaridade mais alta apresentam maiores chances de realizar cesárea⁽²⁸⁾, fato também constatado por este estudo tanto para cesárea eletiva quanto não eletiva. A associação entre idade materna acima de

35 anos e realização de cesárea eletiva se mostrou significativa, mesmo após ajuste para as variáveis em todos os níveis, sugerindo ser a idade um preditor para cesárea, conforme já identificado em outras pesquisas brasileiras^(5, 29).

O financiamento privado para o parto esteve fortemente associado à realização de cesárea eletiva, reforçando que a frequência de cesariana é heterogênea nos diferentes grupos populacionais, sendo estas taxas influenciadas pelas condições socioeconômicas, fontes de financiamento dos serviços de saúde, assim como pelo modelo de atenção a saúde vigente no país⁽⁷⁾.

A alta prevalência de cesariana no setor de saúde suplementar tem sido motivo de preocupação, devido à forte interação entre utilização de convênio e realização de cesárea^(8, 27), conforme também pode ser verificado neste estudo. A Agência Nacional de Saúde Suplementar na lógica de promover discussões sobre as elevadas taxas de partos cirúrgicos no setor suplementar de saúde no Brasil⁽²⁷⁾ vem propondo diretrizes para a assistência ao parto, buscando desenvolver condutas baseadas em evidências científicas⁽³⁰⁾. No entanto, percebe-se que as estratégias não estão apresentando bons resultados, apesar das evidências demonstrarem que o parto normal é substancialmente melhor tanto para a mulher quanto para o recém nascido.

O financiamento do parto pelo setor privado que atribuía risco 14 vezes maior de realizar cesárea eletiva na análise bruta, na análise ajustada esse risco diminuiu (RPAjust=2,49), no entanto manteve significância estatística. Esta situação possivelmente foi mediada pelo fato de ter feito pré-natal e parto com o mesmo profissional e ter a via de parto decidida pelo médico, evidenciando a responsabilidade do obstetra pelas cesáreas eletivas, reforçando interesses médicos e sua decisão pela cesárea⁽⁷⁾. As razões não médicas, relacionadas à preferência das mulheres e atitudes médicas⁽³¹⁾, destacam-se neste estudo como altamente associadas a realização de cesárea eletiva.

Verificou-se que ter cesárea na gestação anterior conferiu risco oito vezes maior de realizar cesárea eletiva e quatro vezes o risco de realizar cesárea não eletiva, fato que também foi constatado por inúmeros autores^(8, 32), apesar de constatações que o risco de parto normal após uma cesárea é mínimo⁽¹⁷⁾.

Alguns autores abordam a questão da indicação de cesárea em mulheres que realizaram essa cirurgia previamente⁽³³⁾, na lógica de “uma vez cesárea, sempre cesárea”, baseado no risco de ruptura ou deiscência uterina. No entanto, a realização da prova de trabalho de parto nas

mulheres com uma cesariana anterior é uma alternativa válida na tentativa de viabilizar o parto normal, respeitando é claro, algumas recomendações como a monitorização materna e fetal contínua durante o trabalho de parto⁽³⁴⁾.

As primíparas também apresentaram alto risco de realização de cesárea, tanto eletiva quanto não eletiva, possivelmente porque muitos profissionais acreditam que as primíparas possuem menos capacidade de lidar com as dificuldades impostas pelo trabalho de parto, sendo este um fator de risco para a realização de cesárea, fato que também tem sido associado ao maior número de consultas de pré-natal. No entanto a prevenção de cesárea entre primíparas é de vital importância, uma vez que antecipam em longo prazo os efeitos cumulativos de uma cesárea prévia com conseqüente maior chance de uma nova cesárea entre estas mulheres⁽²⁸⁾.

As cesáreas eletivas são associadas a maiores riscos de morbidade materna e neonatal^(31, 35, 36), sendo que, como qualquer outro procedimento cirúrgico, podem trazer riscos tanto à mulher quanto ao recém-nascido. Existe ainda forte associação com o excesso de intervenções obstétricas^(31, 37), podendo ser considerada a maior evidência de medicalização excessiva do nascimento^(38, 39).

Dentre as principais complicações relacionadas à cesárea eletiva, as alterações respiratórias decorrentes da prematuridade, merecem destaque. Estudo realizado por Hansen et al (2008), demonstrou que em mulheres submetidas a cesárea eletiva, com bebês nascidos entre 37 e 39 semanas de idade gestacional, estes apresentam até quatro vezes mais chances de complicações respiratórias quanto comparados aos nascidos por parto vaginal, sendo este fato considerado como prematuridade iatrogênica, devido a ausência da proteção respiratória proporcionada pelo trabalho de parto⁽¹⁰⁾.

Percebe-se que a prática obstétrica vem sendo implementada majoritariamente por profissionais médicos, conforme é evidenciado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e Mulher em 2006⁽⁴⁰⁾, a qual retrata que 88,7% dos partos no Brasil são realizados por médicos, chegando a 97,2% na região Sul, o que pode ser constatado também no presente estudo, que demonstra que 94,7% das mulheres foram acompanhadas por um profissional médico durante o pré-natal e, entre as que realizaram cesárea eletiva 76,72% teve o parto com o mesmo profissional que acompanhou o pré-natal.

Vivemos um momento em que existe uma cultura favorável a cesariana, onde as mulheres acabam por ceder às pressões exercidas

pelos profissionais, submetendo-se à indicação da cesárea realizada de forma eletiva, ficando claro que a comodidade do profissional é um fator determinante. Esta facilidade gerada pela organização do trabalho através de agendamento da data do nascimento está fortemente associada com as altas taxas de cesárea, refletindo na qualidade do atendimento, pois mulheres e seus bebês têm sido vítimas de um atendimento que ao invés de proporcionar a segurança prometida, acabam por lhes expor não somente a riscos de complicações, mas também de morrer ⁽²⁷⁾.

Apesar de alguns autores retratarem certo grau de preferência das mulheres pela cesariana ^(17, 36), verificamos que, de uma forma geral, a maioria as gestantes tanto no início quanto no fim da gestação tendem a preferir o parto normal, tanto no serviço público quanto privado, principalmente devido à rápida recuperação ⁽⁴¹⁾. No entanto, quando analisamos separadamente, verificamos que as mulheres que realizaram cesárea eletiva, manifestaram esta preferência durante a gestação, fato possivelmente relacionado à experiência anterior de cesárea ⁽⁴²⁾, maior número de consultas de pré-natal e maior vínculo com o profissional médico ⁽²⁹⁾.

Os profissionais médicos, apesar de reconhecerem que para um parto normal, as intervenções necessárias são mínimas, vêm sendo preparados para atuar nas complicações da gravidez e do parto, e aprendem pouco sobre as variações fisiológicas possíveis de um parto normal, de forma que os partos acabam por serem vistos como problemas em potencial e acabam por intervir de forma desnecessária. Grande parte das intervenções médicas utilizadas estão diretamente relacionadas à disponibilidade de técnicas, induzindo a vieses de intervenção e levando a riscos desnecessários ⁽²⁷⁾.

O Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas preferencialmente no mínimo seis consultas de pré-natal durante a gestação ⁽⁴³⁾, fato que se mostrou bastante significativo para as mulheres que realizaram cesárea não eletiva, possivelmente associada a maiores riscos gestacional, influências relacionadas as informações e sugestões recebidas durante a gestação, conforme constatado por outros autores ^(35, 44). Contudo a qualidade do pré-natal parece não estar em conformidade com as reais necessidades na lógica de redução dos riscos de morbimortalidade materna e neonatal ^(14, 23, 45).

Verificamos que, no presente estudo, mais de 20% das mulheres informaram que procuraram o atendimento para o parto por estarem com a cesárea agendada, conferindo risco de mais de 34 vezes de realização de cesárea eletiva e quase 8 vezes maior de realizar cesárea não eletiva.

Reforçando que as mulheres apesar de estarem mais bem assistidas com relação a realização de consultas de pré natal e atendimento médico durante a gestação, estão sendo induzidas a realizar cesárea, não lhes dando a oportunidade de experimentarem as manifestações iniciais do trabalho e parto.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas, sendo que as entrevistas foram realizadas com as mulheres no puerpério imediato, momento em que se encontram altamente sensibilizadas pela experiência do nascimento, seja por parto normal ou cesárea, e podem não ter recordado de informações relacionadas à história obstétrica, número de consultas de pré-natal, assim como devido à estafa física e emocional poderiam não estar dispostas e responder as questões na sua integridade.

Conclusão

Os achados do presente estudo evidenciam a forte associação entre cesárea eletiva e cesárea na gestação anterior, conforme já confirmado por outros estudos^(6, 28, 31), apresentando maiores riscos entre mulheres com idade acima de 35 anos, usuárias que tiveram seus partos pagos com financiamento privado, assistência ao pré-natal e parto realizados pelo mesmo profissional médico, com decisão pela via de parto majoritariamente médica e de forma previamente agendada.

Tais resultados evidenciam a medicalização excessiva no atendimento obstétrico na região Sul do Brasil, sendo esta uma situação que necessita de intervenções, com vistas a minimizar os riscos para mulheres e recém-nascidos. A realização de cesarianas sem indicações precisas pode vir a comprometer o futuro obstétrico da mãe, assim como levar ao nascimento de crianças prematuras que necessitam de intervenções médicas já nas primeiras horas de vida, situação que poderia ser evitada se o desenrolar da gestação ocorresse de forma natural.

Profissionais de saúde e instituições hospitalares vêm sendo continuamente incentivados a qualificar o atendimento, com vistas à humanização da assistência, incentivando ações menos intervencionistas. No entanto, apesar de todo incentivo ao desenvolvimento de práticas mais humanizadas na assistência o que se observa é que as parturientes são impedidas de ter um acompanhante da hora do parto, seus movimentos são limitados e são induzidas a acreditar na necessidade de todo um arsenal tecnológico para preservação de sua saúde e da saúde do

bebê, descaracterizando todo um discurso de humanização na assistência ao parto.

A população em geral não está ciente dos riscos ao qual uma mulher está sendo exposta quando submetida a uma cesárea eletiva, de forma que se faz necessário uma maior conscientização da população quanto aos riscos de prematuridade iatrogênica que acarreta em complicações que pode levar o recém-nascido a necessitar de cuidados intensivos, além é claro de todo o comprometimento da vida reprodutiva da mulher. Há de se conscientizar a população de que o parto tende a ser um processo fisiológico, devendo a equipe de saúde estar disponível para ajudar neste processo e identificar precocemente alguma complicação, para então intervir.

Referências

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 2. England 1985. p. 436-7.
2. Guerra GV, Cecatti JG, Souza JP, Faundes A, Morais SS, Gulmezoglu AM, et al. Elective induction versus spontaneous labour in Latin America. *Bull World Health Organ*. 2011;89(9):657-65.
3. Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
4. Saúde. Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher 2012. Ministério da Saúde, Brasília, 2012. Acessado em 11/01/2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf.
5. Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:472-80.
6. Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15.
7. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino, MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:1051-61.
8. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGNd, 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:1521-34.
9. Machado Junior LC, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC, et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública*. 2009;25(1):124-32.

10. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. 336. England2008. p. 85-7.
11. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:s390-s8.
12. Pires HMB, Cecatti JG, Faúndes A. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista de Saúde Pública*. 1999;33:342-8.
13. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*. 1991;7:150-73.
14. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. 365. England2005. p. 847-54.
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. *The Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
16. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2009;19:313-26.
17. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(4):488-94.
18. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:427-35.
19. Brasil. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC. TabNet DataSUS2011.

20. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Prematuridade, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento intrauterino em três coortes de nascimentos no Sul do Brasil: 1982, 1993 e 2004. *Cad saúde pública*. 2008;24(supl.3):s390-s8.
21. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*. 2006;368(9546):1516-23.
22. Souza Junior JC, Kunkel N, Gomes MdA, Freitas PF. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007;7:397-403.
23. BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes: Ministério da Saúde; 2004.
24. Brasil. Programa de Humanização do Parto: Humanização do Pre Natal e Nascimento. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2002. p. 28.
25. Brasil. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005: Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*. 2005.
26. Brasil. Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011 institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Acessado de 01/01/2013, Disponível em :[\[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html\]](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).
27. Brasil. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Rio de Janeiro, 2008.
28. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):2009-20.

29. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44(1):70-9.
30. Brasil. Assistência ao Trabalho de Parto. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Rio de Janeiro, 2002. 1:19.
31. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AdS, et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:2067-78.
32. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG, Passini Júnior R. A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003;25:255-60.
33. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências parte II. *Femina*. 2010;38(9).
34. Silva AAMd, Coimbra LC, Silva RAd, Alves MTSSB, Lamy Filho F, Lamy ZC, et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17:1412-23.
35. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 335. England, 2007. p. 1025.
36. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):226-32.
37. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde no Brasil 2 Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Veja*. 2011;6736(11):60138-4.
38. Thébaud F. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista Estudos Feministas*. 2002;10(2):415-26.

39. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história; Rev enferm UERJ. 2005;13(2):245-51.
40. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Ministério da Saúde; Brasília, 2008. p. 283.
41. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Quality of birth care in maternity hospitals of Rio de Janeiro, Brazil. Revista de saúde pública. 2005;39(4):645-54.
42. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, de Souza Gama A, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1611-20.
43. Saúde. Portaria N° 2.351. Altera a Portaria n° 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, Brasília (DF): 2011 DE 5 DE OUTUBRO DE 2011.
44. Barros AJD, Santos IS, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. Revista de Saúde Pública. 2006;40:402-13.
45. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25:2507-16.

Tabela I – Prevalência de Fatores associados ao tipo de parto na Região Sul do Brasil, 2012

Variáveis sociodemográficas	Entrevistas		Parto Vaginal		Cesárea Eletiva		Cesárea Ñ Eletiva		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Idade									
12 a 19	628	15,56	394	62,74	133	21,18	101	16,08	
20-34	2.883	71,43	1.170	40,58	1.309	45,4	404	14,01	
35 ou mais	525	13,01	150	28,57	305	58,1	70	13,33	
Escolaridade									
Ensino Fundamental	1.903	47,26	1.106	58,12	519	27,27	278	14,61	
Ensino Médio	1.582	39,28	526	33,25	826	52,21	230	14,54	
Ensino Superior e +	542	13,46	80	14,76	397	73,25	65	11,99	
Cor da Pele									
Parda/morena/mulata	1.184	29,34	597	50,42	421	35,53	166	14,02	
Preta	221	5,48	108	48,87	74	33,48	39	17,65	
Branca	2.631	65,19	1.009	38,35	1.252	47,59	370	14,06	
Estado Civil									
Sem companheiro	497	13,31	260	52,31	157	31,59	80	16,1	
Com companheiro	3.539	87,69	1.454	41,09	1.590	44,93	495	13,99	
Continua									

Continuação

Variáveis sociodemográficas	Entrevistas		Parto Vaginal		Cesárea Eletiva		Cesárea Ñ Eletiva		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Parto segundo financiamento									
SUS	2.759	68,36	1.575	57,09	732	26,53	452	16,38	
Privado (plano de saúde ou desembolso direto)	1.277	31,64	139	10,88	1.015	79,48	123	9,63	
Local de realização das consultas de pré natal									
Serviço público	2.299	57,3	1.370	59,59	562	24,45	367	15,96	
Particular ou Plano de Saúde	1.521	37,91	256	16,83	1.084	71,27	181	11,9	
Nos dois	192	4,79	76	39,58	97	50,52	19	9,9	
História Obstétrica, Pré Natal e Parto									
Paridade									
Múltípara com parto vaginal anterior	1.154	28,67	846	73,31	208	18,02	100	8,67	
Múltípara com parto cesárea anterior	1.024	25,11	156	15,23	721	70,41	147	14,36	
Primípara	1.847	45,89	707	38,28	813	44,02	327	17,7	
Tipo de parto desejava no início da gestação									
Parto Normal	2.512	62,43	1.341	53,38	784	31,21	387	15,41	
Parto Cesárea	1.224	30,42	268	21,9	811	66,26	145	11,85	
Não tinha preferência	288	7,16	100	34,72	148	51,39	40	13,89	

Continuação

Variáveis sociodemográficas	Entrevistas		Parto Vaginal		Cesárea Eletiva		Cesárea Ñ Eletiva		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
No final da gestação já havia decisão sobre o tipo de parto									
Não	821	20,46	358	43,61	273	33,25	190	23,14	
Sim, Parto normal	1.665	41,49	1.269	76,22	194	11,65	202	12,13	
Sim, Cesárea	1.527	38,05	73	4,78	1.275	83,5	179	11,72	
De quem foi a decisão sobre o tipo de parto no final da gestação									
Da mulher	1.351	42,38	639	47,3	541	40,04	171	12,66	
Do médico	733	22,99	271	36,97	359	48,98	103	14,05	
Conjunta/de outra pessoa	1.104	34,63	428	38,77	569	51,54	107	9,69	
Número de consultas de pré natal									
De 0 a 3 consultas	275	6,97	175	63,64	62	22,25	38	13,82	
De 4 a 5 consultas	555	14,08	303	54,59	183	32,97	69	12,43	
6 ou mais consultas	3.113	78,95	1.200	38,55	1.453	46,68	460	14,78	
Profissional que atendeu durante a maior parte das consultas de pré natal									
Médico	3.788	94,7	1.571	41,47	1.695	44,75	522	13,88	
Não médico	212	5,3	125	58,96	46	21,7	41	19,34	

Continua

Continuação

Variáveis sociodemográficas	Entrevistas		Parto Vaginal		Cesárea Eletiva		Cesárea Ñ Eletiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Foi considerada gestante de risco								
Não	3.307	81,94	1.456	44,03	1.382	41,79	469	14,18
Sim	729	18,06	258	35,39	365	50,07	106	14,54
Entendimento quanto ao tipo de parto durante o pré natal								
Parto normal é mais seguro	2.144	53,44	1.215	56,67	678	31,62	251	11,71
Cesárea é mais seguro	372	9,27	37	9,95	265	71,24	70	18,82
Tanto parto normal quanto cesárea são seguros	1.141	28,44	277	24,28	671	58,81	193	16,91
Não ficou esclarecida	355	8,85	173	48,73	129	36,34	53	14,93
Profissional que acompanhou o parto foi o mesmo do pré natal								
Não	2.564	63,58	1.530	59,67	618	24,1	416	16,22
Sim	1.469	36,42	183	12,46	1.127	76,72	159	10,18
Motivo para procurar atendimento para o parto								
Outros motivos	3.194	79,14	1.711	53,57	948	29,68	535	16,75
Cesárea Agendada	824	20,86	3	0,36	799	94,89	40	4,75

Tabela II – Razão de Prevalência Bruta e Intervalo de confiança 95% para as taxas de cesárea de acordo com as variáveis socioeconômicas e história obstétrica.

Variáveis Independentes	Cesárea Eletiva			Cesárea Ñ Eletiva			
	RP	IC	P	RP	IC	P	
Idade							
	12 a 19	Ref.		Ref.			
	20-34	3,15	2,50-3,97	<0,001	1,31	1,02-1,68	<0,05
	35 ou mais	5,3	3,71-7,57		1,65	1,02-2,68	
Escolaridade							
	Ensino Fundamental	Ref.		Ref.			
	Ensino Médio	2,96	2,42-3,63	<0,001	1,71	1,36-2,16	<0,001
	Ensino Superior e +	9,51	6,64-13,60		2,89	1,88-4,46	
Cor da Pele							
	Parda/morena/mulata	Ref.		Ref.			
	Preta	0,98	0,69-1,41	<0,001	1,18	0,76-1,82	
	Branca	1,67	1,32-2,12		1,29	0,95-1,71	
Estado Civil							
	Sem companheiro	Ref.		Ref.			
	Com companheiro	1,7	1,36-2,12	<0,001	1,13	0,85-1,49	
Parto segundo financiamento							
	SUS	Ref.		Ref.			
	Privado (plano de saúde ou desembolso direto)	14,6	10,53-20,24	<0,001	2,98	2,02-4,40	<0,001

Continua

Continuação

Variáveis Independentes	Cesárea Eletiva			Cesárea Ñ Eletiva		
	RP	IC	P	RP	IC	P
Local de realização das consultas de pré natal						
Serviço público		Ref.			Ref.	
Particular ou Plano de Saúde	8,59	6,70-11,03	<0,001	2,49	1,90-3,27	<0,001
Nos dois	2,92	1,84-4,64		1,03	0,53-1,96	
Paridade						
Múltipara com parto vaginal anterior		Ref.			Ref.	
Múltipara com parto cesárea anterior	20,33	15,60-26,50	<0,001	8,03	5,70-11,31	<0,001
Primípara	4,18	3,83-6,03		3,88	3,13-4,79	

Tabela III - Razão de Prevalência Bruta e Intervalo de confiança 95% para as taxas de cesárea de acordo com as variáveis relacionadas ao pré natal e parto.

Variáveis Independentes	Cesárea Eletiva			Cesárea Ñ Eletiva		
	RP	IC	P	RP	IC	P
Tipo de parto desejava no início da gestação						
Parto Normal	Ref.			Ref.		
Parto Cesárea	4,89	3,91-6,04	<0,001	1,83	1,33-2,52	<0,001
Não tinha preferência	2,65	1,93-3,64		1,34	0,91-1,98	
No final da gestação já havia decisão sobre o tipo de parto						
Não	Ref.			Ref.		
Sim, Parto normal	0,19	0,14-0,25	<0,001	0,31	0,23-0,40	<0,001
Sim, Cesárea	19,87	12,79-30,87		4,51	3,07-6,63	
De quem foi a decisão sobre o tipo de parto no final da gestação						
Da mulher	Ref.			Ref.		
Do médico	1,95	1,24-3,07	<0,05	1,63	0,99-2,68	
Conjunta/de outra pessoa	1,59	1,19-2,12		0,9	0,66-1,22	
Número de consultas de pré natal						
De 0 a 3 consultas	Ref.			Ref.		
De 4 a 5 consultas	1,55	1,17-2,05	<0,001	1,06	0,65-1,72	0,001
6 ou mais consultas	2,86	2,07-3,95		1,73	1,18-2,54	
Profissional que atendeu durante a maior parte das consultas de pré natal						
Não médico	Ref.			Ref.		
Médico	2,55	1,76-3,70	<0,001	0,94	0,65-1,35	

Continua

Continuação

Variáveis Independentes	Cesárea Eletiva			Cesárea Ñ Eletiva			
	RP	IC	P	RP	IC	P	
Foi considerada gestante de risco							
	Não	Ref.			Ref.		
	Sim	1,63	1,24-2,13	0,001	1,34	0,92-1,94	
Entendimento quanto ao tipo de parto durante o pré natal							
	Parto normal é mais seguro	Ref.			Ref.		
	Cesárea é mais seguro	11,94	7,84-18,18	<0,001	9,02	5,70-14,27	<0,001
	Tanto partos normais quanto cesárea são seguros	3,98	3,22-4,91		3,28	2,58-4,17	
	Não ficou esclarecida	1,29	0,94-1,787		1,43	0,99-2,07	
Profissional que acompanhou o parto foi o mesmo do pré natal							
	Não	Ref.			Ref.		
	Sim	13,18	9,62-18,04	<0,001	3,03	2,30-3,99	<0,001
Motivo para procurar atendimento para o parto							
	Outros motivos	Ref.			Ref.		
	Cesárea Agendada	341,25	97,40-1195,49	<0,001	30,33	8,71-105,61	<0,001

Tabela IV - Razão de Prevalência Ajustada e Intervalo de confiança 95% para as taxas de cesárea de acordo com as variáveis socioeconômicas, história obstétrica, pré natal e parto. Região Sul do Brasil, 2012

Variáveis Independentes	Cesárea Eletiva			Cesárea Ñ Eletiva			
	RP	IC	P	RP	IC	P	
Idade							
	12 a 19	Ref.		Ref.			
	20-34	1,47	1,12-1,94	<0,05	1,42	1,07-1,90	<0,05
	35 ou mais	1,96	1,18-3,26		2,21	1,18-4,13	
Escolaridade							
	Ensino Fundamental	Ref.		Ref.			
	Ensino Médio	1,59	1,23-2,05	<0,05	1,31	0,97-1,77	
	Ensino Superior e +	1,34	0,84-2,13		1,14	0,67-1,96	
Estado Civil							
	Sem companheiro	Ref.		Ref.			
	Com companheiro	1,68	1,20-2,33	<0,05	1,35	0,99-1,83	
Parto segundo financiamento							
	SUS	Ref.		Ref.			
	Privado	2,49	1,65-3,75	<0,001	1,18	0,75-1,85	
Paridade							
	Múltipara com parto vaginal anterior	Ref.		Ref.			
	Múltipara com parto cesárea anterior	8,48	5,90-12,19	<0,001	4,52	3,09-6,62	<0,001
	Primípara	4,26	3,18-5,72	<0,001	3,87	2,85-5,24	<0,001

Continua

Continuação

Variáveis Independentes	Cesárea Eletiva			Cesárea Ñ Eletiva		
	RP	IC	P	RP	IC	P
Tipo de parto desejava no início da gestação						
Parto Normal	Ref.			Ref.		
Parto Cesárea	0,52	0,35-0,76	<0,05	0,45	0,29-0,70	<0,05
Não tinha preferência	0,97	0,58-1,57		0,64	0,39-1,04	
No final da gestação já havia decisão sobre o tipo de parto						
Não	Ref.			Ref.		
Sim, Parto normal	0,03	0,02-0,06	<0,001	0,1	0,06-0,18	<0,001
Sim, Cesárea	5,36	3,29-8,71	<0,001	2,46	1,56-4,45	0,001
De quem foi a decisão sobre o tipo de parto no final da gestação						
Da mulher	Ref.			Ref.		
Do medico	7,79	5,01-12,11	<0,001	4,37	2,49-7,66	<0,001
Conjunta/de outra pessoa	4,8	2,80-8,23	<0,001	3,36	1,89-5,97	<0,001
Número de consultas de pré natal						
De 0 a 3 consultas	Ref.			Ref.		
De 4 a 5 consultas	1,38	0,80-2,37		1,15	0,73-1,82	
6 ou mais consultas	1,76	0,99-3,10		1,58	0,99-2,25	
Profissional que atendeu durante a maior parte das consultas de pré natal						
Médico	1,19	0,76-1,86		0,74	0,50-1,07	
Não medico	Ref.			Ref.		

Continua

Ctinueação

Variáveis Independentes	Cesárea Eletiva			Cesárea Ñ Eletiva		
	RP	IC	P	RP	IC	P
Foi considerada gestante de risco						
Não	Ref.			Ref.		
Sim	1,69	1,12-2,55	<0,05	1,09	0,66-1,80	
Entendimento quanto ao tipo de parto durante o pré natal						
Parto normal é mais seguro	Ref.			Ref.		
Cesárea é mais seguro	3,52	2,12-5,86	<0,001	5,36	3,02-9,49	<0,001
Tanto parto normal quanto cesárea são seguros	1,96	1,43-2,69	<0,001	2,31	1,74-3,08	<0,001
Não ficou esclarecida	1,01	0,70-1,45		1,19	0,78-1,81	
Profissional que acompanhou o parto foi o mesmo do pré natal						
Não	Ref.			Ref.		
Sim	2,62	1,72-3,99	<0,001	1,92	1,33-2,76	<0,05
Motivo para procurar atendimento para o parto						
Outros motivos	Ref.			Ref.		
Cesárea Agendada	34,69	9,92-121,25	<0,001	7,51	2,07-27,24	<0,05

