



Revista Bioética

ISSN: 1943-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina
Brasil

Ferrari, José; Mirlei de Lima, Naiara
Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho,
Rondônia, Brasil
Revista Bioética, vol. 18, núm. 3, 2010, pp. 645-658
Conselho Federal de Medicina
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533254011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil

José Ferrari
Naiara Mirlei de Lima

Resumo O artigo apresenta pesquisa motivada pelo aumento constante da incidência de cesarianas, verificado em vários países latinos e também no mundo desenvolvido, o que tem estimulado necessárias e inadiáveis discussões no campo da bioética. O estudo buscou investigar e analisar a opinião, atitudes, comportamentos e condutas de 62 profissionais especialistas em saúde materno-infantil que atuam no município de Porto Velho. Os dados deste trabalho corroboram o inegável conflito ético na prática obstétrica quando se trata de escolha da via de parto, que se materializa, principalmente, na ambiguidade dos índices de cesarianas registrados na rede pública em contraposição aos elevados índices de cesarianas verificados na saúde suplementar.

Palavras-chave: Cesárea. Parto normal. Atitudes. Obstetrícia.

Aprovação CEP nº 77.0.047.000-99



José Ferrari
Médico oncologista, professor de
Ética Profissional, Bioética e
Oncologia na Universidade Federal
de Rondônia, Porto Velho, Brasil

A partir da década de 70 têm sido registrados incrementos significativos nas taxas de cesarianas em todo o mundo. Países que tradicionalmente apresentavam taxas muito baixas de cesariana, como Turquia e Itália, alcançaram, no início dos anos 2000, taxas de 30% e 33%, respectivamente ¹.

A cesariana é o procedimento cirúrgico mais frequentemente realizado nos Estados Unidos, onde aproximadamente um milhão de casos ocorre a cada ano ². Clark ³ demonstrou que a constatada variação regional nos indicadores de cesarianas deve ser atribuída à falta de uniformidade nas condutas para a tomada de decisões.

A diminuição nos índices de mortalidade materna e também de outras morbidades verificadas em países pobres, como a Etiópia, foi acompanhada de uma elevação em seis vezes no índice de cesarianas como consequência da dispo-



Naiara Mirlei de Lima
Acadêmica de Medicina da
Universidade Federal de Rondônia,
Porto Velho, Brasil

nibilização de serviços para atendimento das emergências obstétricas, em projeto capitaneado pela *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (Figo)⁴. Não somente na Etiópia, nação paupérrima do continente africano, mas também na Suécia os indicadores de cesarianas apresentaram significativa elevação na última década⁵.

O texto *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*⁶, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), relata que desde a década de 90 o problema da “epidemia” de cesarianas vem sendo apontado em nosso país⁷. Contudo, sua frequência é heterogênea nos diferentes grupos populacionais: em torno de 23% nas instituições públicas e 64% nas instituições privadas. De acordo com vários estudos, as taxas são influenciadas por condições socioeconômicas, fontes de financiamento dos serviços de saúde e modelo vigente de atenção médica⁸. Esta heterogeneidade revela desigualdade na oferta de cesarianas, com predomínio do procedimento em mulheres de baixo risco e de maior renda, o que reforça a influência de fatores não clínicos⁹.

Não são poucos os textos publicados que investigam ou atribuem ao médico obstetra a culpa pela “epidemia” de cesarianas chamadas desnecessárias¹⁰⁻¹², ou seja, cesarianas realizadas sem indicação baseada em evidências científicas¹³. Segundo os que defendem essa perspectiva, as mulheres desejariam parir seus filhos pela via vaginal, mas por influência do médico pré-natalista acabam mudando de ideia e deixam prevalecer a opinião e a conveniência do obstetra¹⁴.

Em 2006, o *National Institute of Health* (NIH) divulgou documento com recomendações *oficiais* (e também bastante apropriadas) em relação à cesariana a pedido, com as seguintes conclusões: 1) a incidência de nascimentos por meio de cesarianas sem indicação médica ou obstétrica está aumentando nos Estados Unidos e um componente deste aumento

é a cesariana a pedido materno (*maternal request*). Os instrumentos disponíveis não permitem quantificar a magnitude do problema; 2) não existem evidências suficientes para avaliar amplamente os benefícios e riscos da cesariana a pedido em comparação ao parto vaginal e novas pesquisas são necessárias; 3) até que evidências confiáveis estejam disponíveis, qualquer decisão para indicar a cesariana a pedido deve ser cuidadosamente individualizada e consistente com princípios éticos; 4) visto que os riscos de placenta prévia e placenta acreta aumentam a cada cesariana realizada, a cesariana a pedido não é recomendável para mulheres que desejam ter muitos filhos; 5) a cesariana a pedido não deve ser realizada antes de 39 semanas de gestação ou sem a verificação da maturidade pulmonar, em virtude dos significativos riscos de complicações respiratórias para o neonato; e 6) o pedido da mãe pela cesariana não deve ser motivado pela indisponibilidade de mecanismos para controle da dor.

Além disso, o documento prevê que o NIH ou outra agência do governo federal estadunidense devam manter um site atualizado na *web* com informações sobre os riscos e benefícios de todas as vias de nascimento¹⁵.

Interessante estudo realizado por pesquisadores sul-coreanos merece destaque pela sutileza da abordagem contida nas perguntas dirigidas a 505 mulheres daquele país, no qual também se verifica elevação no índice de cesarianas, que alcançou 37,7% dos nascimentos no ano 2000. Os sul-coreanos verificaram que a maioria das mulheres entrevistadas prefere a via de parto vaginal e que esta atitude é con-

traditória com a *epidemia* de cesarianas que afeta o país. Frente a esta contradição o estudo concluiu que a principal causa para a elevação dos índices de cesarianas, verificada nas duas décadas anteriores, está relacionada a dois fatores associados e inseparáveis: a prática dos profissionais e o sistema de saúde no qual os mesmos trabalham^{16,17}.

Diante de estudos e posições tão controversas, a presente pesquisa objetivou levantar a opinião, as condutas médicas e as atitudes éticas dos profissionais da obstetrícia de Porto Velho, Rondônia, em relação à indicação de cesarianas.

Método

Porto Velho, a capital de Rondônia, tem aproximadamente 70 ginecologistas e obstetras, também chamados gineco-obstetras (GO). A amostra foi constituída por aproximadamente 90% destes especialistas, totalizando 62 entrevistas, todas incluídas neste estudo prospectivo.

Durante os primeiros meses de 2010, um questionário estruturado com 24 perguntas de resposta direta foi aplicado aos profissionais. As entrevistas foram realizadas pelos autores da pesquisa nas maternidades e consultórios particulares. Todos os profissionais da especialidade no município foram procurados, mas seis não foram encontrados. Somente dois médicos não concordaram em participar da pesquisa, sob a alegação de que haviam desistido de praticar a obstetrícia.

O conteúdo do questionário foi dividido em nove quesitos iniciais relacionados à identi-

ficação e caracterização do perfil do profissional. As demais 15 perguntas eram pertinentes a opiniões, comportamentos e condutas profissionais.

O projeto de pesquisa foi aprovado em 5 de dezembro de 2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia. Os dados foram coletados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Todos os questionários foram revisados e os dados armazenados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 15D).

Análise dos dados

Dentre os 62 entrevistados, 25 são do sexo masculino (40,3%) e 37 do feminino (59,7%). Deles, 80,6% declararam ter cursado a residência médica e 19,4% não fizeram residência médica na especialidade. A maioria de 80,6% dos profissionais declarou trabalhar na rede pública e também na rede privada; 12,9% declararam trabalhar somente na rede pública e 6,5% somente na rede privada. Os indicadores encontrados mostram que não existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos profissionais e preferência por esta ou aquela via de parto.

Tabela 1. Faixa etária dos profissionais da obstetrícia em Porto Velho

Faixa etária	N	%
Até 40 anos	18	29
41 até 50 anos	13	21
51 até 60 anos	28	45
+ de 60 anos	3	5
Total	62	100

Tabela 2. Preferência pela via de parto em relação ao sexo dos profissionais

Sexo	Via de parto preferencial						Total	
	Vaginal		Cesariana		Sem preferência		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculino	10	40,0	4	16,0	11	44,0	25	100,0
Feminino	15	40,6	12	32,4	10	27,0	37	100,0
Total	25	40,3	16	25,8	21	33,9	62	100,0

Teste exato de Fisher = 2,77 e p valor = 0,25

Os dados indicam que não existe relação entre o sexo dos profissionais e preferência por determinada via de parto para as esposas, no caso dos profissionais do sexo masculino ou para si próprias, no caso das profissionais do

sexo feminino. Quando perguntados sobre qual via de parto indicariam para as suas filhas, 43,5% declararam indicar o parto normal, 32,3% a cesariana e 24,2% não fariam recomendações.

Tabela 3. Recomendação pela via de parto para as esposas ou para si próprias em relação ao sexo dos profissionais

Sexo	Via de parto recomendada						Total	
	Vaginal		Cesariana		Não recomendaria		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	11	44,0	8	32,0	6	24,0	25	100,0
Feminino	14	37,8	14	37,8	9	24,4	37	100,0
Total	25	40,3	22	25,8	15	33,9	62	100,0

$\chi^2 = 2,84$ e p valor = 0,867

Interessante observar que nas Tabelas 2 e 3 aproximadamente a terça parte dos profissionais (33,9%) não manifestaram opção clara ou recomendação precisa em relação à via de parto.

Contrastando com as informações constantes da Tabela 3 a pergunta seguinte

permitiu verificar que a ampla maioria do total de filhos dos profissionais de obstetrícia (79,2%) nasceu por intermédio de cesárea, sendo que o primeiro filho nasceu por meio de cesariana em 75,5% dos casos e o segundo, em 83,2% dos casos (Tabela 4).

Tabela 4. A via de parto do primeiro e segundo filhos

Via de Parto	Primeiro filho		Segundo filho		Total	
	N	%	N	%	N	%
Vaginal	13	24,5	7	16,8	20	20,8
Cesariana	40	75,5	36	83,2	76	79,2
Não tem filhos	(9)	-	(19)	-	-	-
Total	53	100,0	43	100,0	96	100,0

$\chi^2 = 42,5$ e p valor = 0,00

A questão seguinte referia-se a atitude do profissional diante de gestante que pleiteia a cesariana eletiva. Os cinco profissionais entrevistados que declararam concordar de imediato com a cesariana a pedido da pacien-

te, insistiram que somente aceitam a opção de realizar partos por meio de cesarianas e que quando a paciente insiste no parto pela via vaginal é, então, aconselhada a procurar outro médico.

Tabela 5. Atitude diante de gestante que deseja cesariana

Atitude	N	%
Concorda de imediato	5	8,1
Concorda depois de discutir o caso	39	62,9
Discorda e propõe parto normal	11	17,7
Não quer responder	7	11,3
Total	62	100

Quando perguntados sobre a indicação de cesariana após cesariana anterior (VBAC), 29,1% dos profissionais declararam que indicam nova cesariana e 66,1% indicam parto normal; outros 4,8% não souberam responder.

Tabela 6. Em relação à amamentação após a cirurgia de cesariana

A amamentação após cesariana	N	%
Fica prejudicada	11	17,7
Não prejudica	32	51,6
Modifica mas não prejudica	19	30,6
Total	62	100

Quando perguntados sobre se a cesariana eletiva protege o médico de litigâncias, 27,4% responderam que sim, 62,9% responderam que não e outros 9,7% não quiseram ou souberam responder.

Quando perguntados sobre a ocorrência de complicações maternas severas em cesarianas eletivas, 30,6% dos profissionais responderam que tiveram cirurgias eletivas com complicações graves e 58,1% responderam que suas pacientes cesariadas eletivamente nunca apresentaram complicações.

Quando perguntados sobre se a gestante que utiliza a rede pública deveria ter o direito de optar pela via de parto, 56,5% dos profissionais responderam que sim e 38,7% responderam que não; que as gestantes usuárias da rede pública não devem ter o direito de escolher a via de parto.

Discussão

O número de profissionais médicos praticantes da obstetrícia está em declínio, provavelmente em virtude da sobrecarga de horas tra-

ballhadas e os impactos negativos causados no âmbito familiar e pessoal¹⁹. Em relação a Porto Velho, a implantação da residência médica na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Base Ary Pinheiro poderá mudar este quadro, com a formação de novos e jovens especialistas.

Os dados levantados neste estudo demonstram que no que concerne à escolha da via de parto a área da obstetrícia está eivada de ambiguidade e contradições. Estas foram evidentes no que concerne à indicação de uma via de parto específica para si mesmo ou para familiares, às condutas adotadas na segunda cesariana ou à opinião sobre amamentação.

Embora este estudo tenha encontrado resposta inversa, na pergunta sobre a recomendação pela via de parto para as esposas ou para si próprias (no caso de profissionais do sexo feminino), pesquisas realizadas entre mulheres obstetras demonstram que a vasta maioria prefere o parto instrumentalizado para elas próprias. E também é esta a preferência quando se trata das esposas e filhas de obstetras²⁰⁻²⁶. A aparente contradição entre

os achados relatados nessas pesquisas e os resultados deste estudo realizado em Porto Velho é minimizada pela informação de que, de fato, a grande maioria dos filhos dos obstetras entrevistados, de ambos os sexos, nasceu por meio de cesarianas (80%). Disso se pode depreender que há um hiato entre as opiniões externadas e as escolhas efetivas entre os profissionais entrevistados.

A literatura relata que os riscos obstétricos são percebidos pelos médicos como sendo menores nas cesarianas eletivas. Prova inequívoca disso é que a cesariana é o método preferencial para as chamadas gestações supervalorizadas, cada vez mais frequentes em mulheres que engravidam tardiamente e nos casos nos quais se empregam tecnologias de reprodução assistida, os chamados *precious babies*. O assunto foi abordado por Minkoff em 2005, que relata elevadíssimos índices de cesarianas para as *precious pregnancies* ²⁷.

Diante de uma gravidez supervalorizada, em gestante idosa, primigesta, obesa, a indicação de parto normal embute enorme risco de litigância, pois caso ocorra qualquer tipo de complicação para a mãe ou para o feto certamente a cobrança virá sobreposta a uma repetitiva pergunta: “Por que não fez uma cesariana, doutor?”. Transcrevo e concordo com a afirmação de Sérgio Costa de que: *não há nenhuma dúvida de, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menos risco para o médico* ²⁸. Essa afirmação, ressalte-se, é corroborada em pesquisa científica com especialistas em obstetrícia ale-

mães, onde são destacados os aspectos forenses da prática obstétrica ²⁹.

Em relação à elevação dos índices de cesarianas, a conclusão dos pesquisadores canadenses de Halifax, *New Scotia*, parece bastante razoável: *o substancial recente aumento observado nas taxas de cesariana pode ser explicado pelas concomitantes mudanças na idade materna, o número de filhos, o ganho de peso durante a gravidez. A prática obstétrica, que tem mudado acompanhando as mudanças nas características maternas e relacionadas aos conceitos de segurança para a mãe e para o feto. As tentativas de reduzir as taxas de cesarianas, em especial aquelas dirigidas e restritivas, deveriam ser temperadas com o entendimento das mudanças temporais das características maternas com a racional mudança na prática obstétrica* ³⁰.

No que diz respeito à ambiguidade encontrada nas respostas sobre as condutas adotadas na segunda cesariana ou a opinião sobre amamentação, apontadas nas entrevistas, pode-se considerar que esteja relacionada ao conteúdo das *guidelines*, que estabelecem baixos índices de cesarianas como indicadores para classificar a qualidade dos serviços prestados pelas maternidades públicas. Esses documentos estariam influenciando a opinião dos profissionais quanto ao procedimento.

Considerações finais

Os dados deste trabalho corroboram o inegável conflito ético na prática da especialidade obstétrica quando se trata da escolha da via de parto. Dos profissionais entrevistados

56,5% consideram que a gestante atendida na rede pública *deveria* ter o direito de optar pela via de parto, enquanto 38,7% acham que elas *não deveriam* ter direito a essa escolha. Na prática, porém, o que se observa é que em decorrência dos programas do Ministério da Saúde voltados a promover apenas o parto por via vaginal, as gestantes usuárias da rede pública acabam não tendo resguardado o seu direito à escolha da via de parto. Enquanto isso ocorre no Sistema Único de Saúde (SUS), na saúde suplementar prevalecem indicadores estratosféricos para as cesarianas, revelando uma contradição ética que incide sobre as mulheres mais vulneráveis, oriundas dos estratos de menor renda da população.

Se apenas uma minoria (8,1%) dos obstetras de Porto Velho assume que só faz partos por meio de cesarianas, os demais manifestam opiniões divididas. Ressalve-se, entretanto, que ante uma cesariana a pedido da gestante a ampla maioria (71%) acaba concordando com a solicitação. Apenas 17,7% insistem no nascimento por meio de parto normal. Disso se pode concluir que o comportamento dos especialistas em obstetrícia que trabalham naquela capital, em relação à escolha da via de parto, pouco difere dos dados encontrados na literatura internacional. Nesse sentido, não se pode deixar de sublinhar, esses profissionais estão atuando de maneira ética ao resguardar a autonomia e o direito de escolha de suas pacientes.

Resumen

Las actitudes de obstetrícia en la elección de la modalidad de parto en Porto Velho, Rondônia, Brasil

El artículo presenta una investigación motivada por el aumento constante de la incidencia de cesáreas se produjeron en diversos países de América Latina y también en el mundo desarrollado, que ha suscitado un debate necesario y urgente en el ámbito de la bioética. El estudio se realizó para investigar y analizar las creencias, actitudes, comportamiento y conducta de 62 profesionales especialistas en salud materno-infantil que trabajan en la ciudad de Porto Velho. Los datos de este estudio apoyan el conflicto innegable éticos en la práctica de la partería, cuando se trata de elegir el método de entrega que se materializa principalmente en la ambigüedad de la tasa de cesáreas reportado en la opinión pública frente a las altas tasas de cesáreas registradas en el seguro de salud.

Palabras-clave: Cesárea. El parto vaginal. Actitudes. Obstetrícia.

Abstract

The obstetricians' attitudes regarding the labor choice of delivery in Porto Velho, Rondonia, Brazil

The article presents research motivated by the steady increase in caesarean incidence seen in several Latin American countries, and in the developed world as well, which has stimulated necessary and urgent discussions in the bioethics field. The study sought to investigate and analyze the beliefs, attitudes, behavior, and conduct of 62 professionals in maternal and child health specialists who work in the city of Porto Velho. The data from this study support the undeniable ethical conflict in the obstetrics practice when it comes to choosing the delivery method that is embodied, primarily, in the ambiguity of the cesarean rates reported in the public system versus the high caesarean rates recorded in health insurance.

Key words: Cesarean section. Vaginal delivery. Attitudes. Obstetrics.

Referências

1. Donati S, Gandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth* 2003;30(2):89-93.
2. Martin JA, Hamilton BE, Menacker F, Sutton PD, Mathews TJ. Preliminary births in 2004: infant and maternal health. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2005 Nov 15. (Health E-stats).
3. Clark SL, Belfort MA, Hankins GDV, Meyers JA, Houser FM. Variation in the rates of operative deliveries in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(6):526.e1-526.e5.
4. Mekbib T, Kassaye E, Getachew A, Tadesse T, Debebe A. The Figo seven mothers initiative: the Ethiopia-Sweden collaboration. *Int J Gynecol Obstet* 2003;81(1):93-102.
5. Karlstrom A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* 2010 Feb;37(1):11-20.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas [internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2008 [acesso 11 nov 2010]. p. 51. Disponível: http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf.
7. Waniez P, Wurtz B, Brustlein V. Abuse of caesarean delivery in Brazil: geographic dimensions of a medical aberration. *Sante* 2006;16(1):21-31.
8. Silveira DS, Santos IS. Factors associated with cesarean sections among low-income women in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004;20 (supl.2):S231-S241.

9. 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.
10. Potter JE, Hopkins K, Faundes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth* 2008 Mar;35(1):33-40.
11. Souza MR. Parto: entre o desejo e a realização. In: Movimento BH pelo Parto Normal [internet]. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2007 [acesso 6 jul 2009]. Disponível: http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/parto_entre_o_desejo_e_a_realizacao.pdf.
12. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(5):1051-61.
13. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Cesariana: indicações. In: Projeto diretrizes. Brasília: AMB, CFM; 2003. v. II, p. 185-91.
14. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000 Dec;27(4):256-63.
15. National Institutes of Health. NIH State-of-the-Science Conference on cesarean delivery on maternal request; 2006 Mar 27-29; Bethesda, Maryland [internet]. NIH Consensus and State-of-the-Science Statements 2006 [cited 15 Mar 2010];23(1). Available: <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.pdf>.
16. Cristiano Fernando Rosas, coordenador. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: Cremesp; 2004. p. 13. (Cadernos Cremesp).
17. Dresden GM, Baldwin LM, Andrilla CH, Skillman SM, Benedetti TJ. Influence of obstetric practice on workload and practice of family physicians and obstetrician-gynecologists. *Ann Fam Med* [internet] 2008 Jan/Feb [cited 27 Set 2010];6(1):5-11. Available: http://www.annfammed.org/cgi/content/full/6/suppl_1/S5.
18. Lee SII, Khang Y, Lee M. Women's attitudes towards mode of delivery in South Korea: a society with high cesarean section rates. *Birth* 2004 Jun;31(2):108-16.
19. Kim SK, Cho AJ, Lee SS. Survey of national fertility, family health and welfare. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2000.
20. Land R, Parry A, Rane A, Wilson D. Personal preferences of obstetricians towards childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41(3):249-52.
21. McGurgan P, Coulter-Smith S, Donovan PJ. A national survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 Jul;97(1):17-9.
22. Wright JB, Wright AL, Simpson NA, Bryce FC. A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 Jul;97(1):1723-5.
23. Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetrician's personal regarding mode of

- delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 2003 Dec 10;111(2):164-6.
24. Wu JM, Hundley AF, Visco AG. Elective primary caesarean delivery: attitudes of urogynology and maternal-fetal medicine specialists. *Obstet Gynecol* 2005 Feb;105(2):301-6.
 25. Farrel AS, Baskett TF, Farrel KD. The choice of elective cesarean delivery in obstetrics: a voluntary survey of Canadian health care professionals. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005 Sept-Oct;16(5):378-83.
 26. Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetrician's opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002 Apr;99(4):577-80.
 27. Minkoff HL, Berkowitz R. The myth of the precious baby. *Obstet Gynecol* 2005 Sept;106(3):607-9.
 28. Costa SM, Ramos JGL. A questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(10):571-4.
 29. Fass-Fehervary P, Schwarz K, Bauer L, Melchert F. Caesarean section on demand: influence of personal birth experience and work environment on attitude of German gynaecologists. *Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;122(2):162-6.
 30. Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003 Oct;102(4):791-800.

Recebido: 20.9.2010

Aprovado: 5.11.2010

Aprovação final: 15.11.2010

Contato

José Ferrari - *jose.ferrari10@gmail.com*

Naiara Mirlei de Lima - *naiaramirlei@hotmail.com*

Jose Ferrari - Rua Forqueta, 233 Vila da Eletronorte CEP 76.808-650, Porto Velho/RO, Brasil.

QUESTIONÁRIO

1. Nome ou iniciais (opcional):
2. Idade:
3. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
4. O (a) senhor(a) é formado(a) há quantos anos?
5. Há quantos anos o(a) senhor(a) atua em Porto Velho?
6. Qual é a sua titulação?
 - (1) Médico(a) especialista sem residência
 - (2) Médico(a) especialista com residência
 - (3) Especialista com mestrado
 - (4) Especialista com doutorado
7. O(a) senhor(a) trabalha:
 - (1) Apenas na rede pública
 - (2) Apenas na rede privada
 - (3) Nas redes pública e privada
8. Sua maior carga horária de trabalho é?
 - (1) Na rede pública
 - (2) Na rede privada
9. A maioria dos partos que o(a) senhor(a) realiza na rede pública é?
 - (1) Parto normal
 - (2) Parto cesárea
 - (3) Não trabalha na rede pública
10. E na rede privada, a maioria dos partos que realiza é?
 - (1) Parto normal
 - (2) Parto cesárea
 - (3) Não trabalha na rede privada
11. O(a) senhor(a) tem preferência por realizar qual tipo de parto?
 - (1) Parto normal
 - (2) Parto cesárea
 - (3) Não há preferência

12. Em que momento e como o senhor(a) costuma abordar sua paciente quanto à escolha do tipo de parto?

- (1) Logo nos primeiros meses da gestação já começo a instigar a paciente para que ela manifeste sua preferência
- (2) Espero até o terceiro trimestre para ter uma melhor avaliação sobre a evolução da gestação e, então, começar a conversar com a paciente sobre o tipo de parto que ela prefere
- (3) Espero que a paciente faça a abordagem, ou seja, deixo que ela pergunte sobre o parto para então discutir qual seria a melhor opção para ela
- (4) Desde o início já explico para ela que o parto cesariano é mais vantajoso que o normal e explico quais seriam estas vantagens
- (5) Desde o início já explico para ela que o parto normal é mais vantajoso que o cesariano e explico quais seriam estas vantagens
- (6) Não quis responder

13. Possui filhos?

- (1) Sim
- (2) Não

14. O seu primeiro filho nasceu por qual via de parto?

- (1) Parto normal
- (2) Parto cesárea
- (3) Não tem filhos

15. E os demais filhos?

- (1) Parto normal
- (2) Parto cesárea
- (3) Não tem outros filhos

16. Se sua esposa estivesse grávida, o senhor, pessoalmente, recomendaria a ela qual tipo de parto?

- (1) Parto normal
- (2) Parto cesárea
- (3) Não se aplica

17. Possui netos?

- (1) Sim
- (2) Não

18. O(a) senhor(a) teria preferência para que seus netos nascessem via:

- (1) Parto normal
- (2) Parto cesárea

19. Se sua filha estivesse grávida e pedisse para que o(a) senhor(a) a aconselhasse sobre qual seria o melhor tipo de parto tanto para ela quanto para o bebê, qual tipo recomendaria?

- (1) Parto normal
- (2) Parto cesárea

20. Quando uma paciente, ainda no começo da gestação, pergunta qual o melhor tipo de parto, o(a) senhor(a) recomenda:

- (1) Parto normal
- (2) Parto cesárea

21. Quando a paciente chega ao consultório pedindo para ter seu filho via cesariana, ainda que não haja indicação para este tipo de parto, o(a) senhor(a):

- (1) Concorda prontamente
- (2) Concorda depois de discutir o caso com a paciente
- (3) Discorda e propõe parto normal
- (4) Não quer responder

22. O(a) senhor(a) concorda que a paciente tenha o direito de escolher a via de parto tanto na rede pública como na privada?

- (1) Sim
- (2) Não

23. O(a) senhor(a) acredita que o fato de realizar cesariana a pedido da paciente protege o médico de possíveis denúncias ao Conselho mais do que se ele realizasse o parto normal?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe responder
- (4) Não quer responder

24. Alguma paciente sua já apresentou complicações maternas severas em cesáreas eletivas?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não quer responder

25. Algum recém-nascido cujo parto ou primeiro atendimento foi realizado pelo(a) senhor(a) apresentou complicações fetais, tais como prematuridade, em cesáreas eletivas realizadas?

- (1) Nunca houve complicações
- (2) Houve uma complicação
- (3) Houve mais de uma complicação