



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Bastos Dias, Marcos Augusto; Soares Madeira Domingues, Rosa Maria; Esteves Pereira, Ana Paula;
Costa Fonseca, Sandra; Granado Nogueira da Gama, Silvana; Miranda Theme, Mariza; Duarte
Azevedo Bittencourt, Sonia; Mendes da Rocha, Penha Maria; Correa Schilithz, Arthur Orlando; do
Carmo Leal, Mari

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, vol. 13, núm. 5, setembro-outubro, 2008, pp. 1521-1534

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013514>

- 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

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

The decision of women for cesarean birth: a case study in two units of the supplementary health care system of the State of Rio de Janeiro

Marcos Augusto Bastos Dias ¹
 Rosa Maria Soares Madeira Domingues ²
 Ana Paula Esteves Pereira ²
 Sandra Costa Fonseca ³
 Silvana Granado Nogueira da Gama ²
 Mariza Miranda Theme Filha ²
 Sonia Duarte Azevedo Bittencourt ²
 Penha Maria Mendes da Rocha ⁴
 Arthur Orlando Correa Schilithz ²
 Maria do Carmo Leal ²

Abstract *Cesarean section rates are very high in Brazil mainly in private hospitals, probably due to socioeconomic and cultural factors. The objective of this study was to describe socioeconomic, demographic, cultural and reproductive characteristics of women in the postpartum period and the factors that had determined their decision for cesarean section in two units of the supplementary health care system of the State of Rio de Janeiro. The study population was composed of 437 women that had vaginal or cesarean childbirths in the two selected units. Data were collected by means of interviews with mothers and consultation of hospital records. The factors associated with the decision for cesarean section as mode of delivery were evaluated using non-conditional logistic regression analysis and following the hierarchic models established at three definite moments. Although 70% of the women had no initial preference for cesarean section, 90% of them had this mode of birth. It was verified that, despite their initial desire, the interaction with the health services resulted in cesarean section as mode of birth. Educative actions directed to pregnant women and to the public at large as well as changes in the childbirth care model can be promising strategies for reverting this picture.*
Key words Cesarean section, Supplementary health care system, Prenatal care

Resumo *No Brasil, as taxas de cesariana são bastante elevadas, principalmente nos serviços privados, estando provavelmente associadas a fatores socioeconômicos e culturais. O objetivo deste estudo foi descrever as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas e os determinantes da decisão por parto cesáreo em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. A população foi composta por 437 puérperas que tiveram partos vaginais ou cesarianos nas duas unidades selecionadas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com as mães e consulta aos prontuários. Através de regressão logística não condicional, avaliaram-se os fatores associados à decisão por cesariana como via de parto, seguindo os modelos hierárquicos estabelecidos em três momentos definidos: no início, ao longo da gestação e no momento do parto. Observou-se que, embora 70% das entrevistadas não relatassem preferência inicial pela cesariana, 90% apresentaram esse tipo de parto. Verificou-se que, independente do desejo inicial da gestante, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via final de parto. Trabalhos educativos direcionados às gestantes e à população geral e mudanças no modelo de assistência ao parto podem ser estratégias promissoras para a reversão desse quadro.*
Palavras-chave Cesariana, Saúde suplementar, Pré-natal

¹ Departamento de Obstetria, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ. marcosad@centroin.com.br
² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.
³ Universidade Federal Fluminense.
⁴ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Introdução

No Brasil, as taxas de cesariana são bastante elevadas, em torno de 35%, e atingem valores ainda maiores nos serviços privados – 70 a 90%^{1,2}. As razões para esta alta prevalência não parecem se relacionar a mudanças no risco obstétrico e sim a fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”¹⁻⁵.

Argumenta-se que as mulheres brasileiras demandam o parto cesáreo, restando ao obstetra atender a este desejo. Entretanto, Potter *et al.*² encontraram preferência em torno de 70-80% pelo parto vaginal, em mulheres acompanhadas no pré-natal, tanto no serviço público como no privado. Apesar da preferência, as mulheres no serviço privado tiveram mais do que o dobro de cesarianas que as do serviço público, principalmente às custas de cirurgias eletivas e/ou decididas nas primeiras horas após a admissão hospitalar. A mudança do tipo de parto, em relação à preferência anterior, parece moldada pela conduta intervencionista do médico⁴. No caso das cesarianas decididas após a internação, já foi descrita na literatura uma entidade clínica – “cesariana eletiva intraparto” – na qual o perfil do médico assistente é o principal determinante da decisão pelo parto cesáreo antes do surgimento de uma indicação obstétrica consistente⁶.

Em relação às mulheres que preferem partos cesáreos, observa-se que são mais comumente de nível socioeconômico elevado, de cor branca, têm maior escolaridade e realizam mais consultas de pré-natal^{3,7,8}. Independente do nível socioeconômico, a demanda por cesariana parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório⁹.

Neste trabalho, que avalia a ocorrência de cesariana na rede de saúde suplementar, a hipótese é que a construção da decisão por cesariana como via de parto se processa ao longo da gestação e parto, em três momentos: no início, ao longo da gestação e no momento do parto.

No início da gestação, o nível socioeconômico da gestante, seu contexto sociocultural, experiências reprodutivas anteriores e informações sobre os tipos de parto influenciariam a escolha inicial. Ao longo da gestação, informações recebidas, intercorrências clínico-obstétricas, influências familiares e do próprio médico no pré-natal poderiam modificar a escolha do tipo de parto, que pode ser feita pela mulher, pelo médico ou por ambos. No momento do parto, fato-

res relacionados à evolução do trabalho de parto e o próprio tipo de assistência oferecida poderiam alterar a escolha final da via de parto.

Os principais objetivos deste trabalho foram descrever, em unidades atendidas pela saúde suplementar, as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas e os determinantes da decisão por parto cesáreo, bem como avaliar a adequação das indicações de cesariana e do manejo do trabalho de parto.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, em duas unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro. O critério de escolha das unidades foi, além do volume de partos, a heterogeneidade socioeconômica da clientela, representada pela localização geográfica: uma na zona Norte do município do Rio de Janeiro (unidade 1) e outra situada em um município da Baixada Fluminense (unidade 2). Foram elegíveis todas as mulheres – 450 – que tiveram partos vaginais ou cesáreos nas unidades hospitalares selecionadas, nos meses do estudo. Foram escolhidos os meses de outubro e novembro, considerados meses de movimento típico. As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2006 na unidade 1 e no período de novembro de 2006 a janeiro de 2007 na unidade 2. A maior duração da pesquisa na unidade 2 se deu para que fosse obtido um número semelhante de entrevistas nas duas unidades.

Instrumento de coleta de dados

Com o intuito de analisar a indicação do parto cesáreo, foi usado um questionário padronizado e pré-codificado, construído especificamente para esta pesquisa. O instrumento foi composto por questões acerca das características socioeconômicas, antecedentes pessoais e obstétricos, dados da gestação atual, e assistência pré-natal e ao parto. As perguntas foram direcionadas à puérpera e outros dados transcritos do prontuário da paciente e do recém-nato.

Para avaliar o manejo do trabalho de parto, foi elaborado um índice de adequação, baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁰. Da mesma forma, para avaliar a adequação da indicação de cesariana, foram utilizados critérios estabelecidos pela evidência científica disponível relativa à realização dessa ci-

rurgia^{11, 12}. Estas avaliações foram feitas por dois obstetras, de maneira independente. Os casos discordantes foram decididos por consenso.

Coleta e processamento dos dados

As entrevistas foram realizadas ainda durante o período de internação, com intervalo mínimo de doze horas após o parto, por profissionais da área de saúde previamente treinados, sob a supervisão dos pesquisadores. Os questionários foram revisados e codificados pelos membros da equipe, sendo o armazenamento dos dados realizado por meio do programa Access. Os problemas identificados foram solucionados com retorno ao questionário ou com o entrevistador. Os dados foram colhidos após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado no Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Análise dos dados

As frequências foram analisadas para as variáveis de forma categórica e, quando pertinente, foram comparadas as duas unidades utilizando-se o teste qui-quadrado, visando avaliar diferenças relacionadas ao perfil da clientela atendida nas mesmas.

A análise estatística multivariada dos fatores associados à cesariana foi realizada através de regressão logística não condicional, seguindo o modelo hierárquico¹³ previamente estabelecido. Segundo este modelo, foram rodadas inicialmente as variáveis do nível distal, ajustadas entre si. A seguir, o nível intermediário, com as variáveis ajustadas para o nível distal e entre si. Por último, o nível proximal, com as variáveis ajustadas entre si e com as variáveis dos níveis superiores (distal e intermediário). As variáveis nunca foram ajustadas para o nível inferior, para não subestimar associações da cadeia causal.

A variável dependente foi sempre a cesariana (preferência, decisão ou via de parto). As variáveis independentes foram: a) no nível distal – fatores socioeconômicos (renda, escolaridade), cor da pele, idade; b) no nível intermediário – fatores ligados à informação e interação com os serviços de saúde; e c) no nível proximal – condições emocionais ou biológicas mais próximas do desfecho. Na análise multivariada de cada nível, foram incluídas as variáveis do nível anterior que

atingiram nível de significância estatística menor que 0,20. Permaneceram no modelo final aquelas com p-valor $\leq 0,05$ e outras com significância limítrofe, porém com plausibilidade pelo modelo teórico, já que a amostra era muito pequena. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 13.0. Os modelos de cada momento (preferência inicial, decisão ao fim da gestação e tipo de parto) são mostrados na Figura 1.

Resultados

Foram entrevistadas 254 puérperas na unidade 1 e 183 na unidade 2, totalizando 437 mulheres, com um percentual de perdas de apenas 3%. Ocorreram nove perdas por alta hospitalar anterior à realização da entrevista, uma por óbito materno e três por recusa da mulher em participar da pesquisa.

Caracterização das entrevistadas

Perfil sociodemográfico e reprodutivo

Na Tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres entrevistadas. A média de idade foi de 28 anos, com maior proporção de adolescentes na unidade 2. Mais de 80% das mulheres apresentavam ensino fundamental completo; entretanto, observou-se o dobro de mulheres com fundamental incompleto na unidade 2 e uma proporção muito maior de mulheres com ensino superior na unidade 1.

Mais de 90% das mulheres nas duas unidades referiram ser casadas ou viver com companheiro. Em relação à cor da pele, mais de 50% das mulheres se auto declararam pardas ou negras, sendo com maior proporção de brancas na unidade 1.

Mais de 60% das entrevistadas declararam ter ocupação remunerada, um pouco mais frequente na unidade 1. Observou-se que a maior parte das mulheres declarou renda familiar entre dois e cinco salários mínimos. Entretanto, quase 20% das mulheres da unidade 2 informaram uma renda familiar inferior a dois salários mínimos, enquanto na unidade 1, mais de 10% relataram renda superior a dez salários mínimos.

Na unidade 2, observou-se maior proporção de primigestas e de primíparas. Em ambas as unidades, para aquelas com histórias de partos anteriores, verificou-se elevada proporção de cesarianas progressivas.

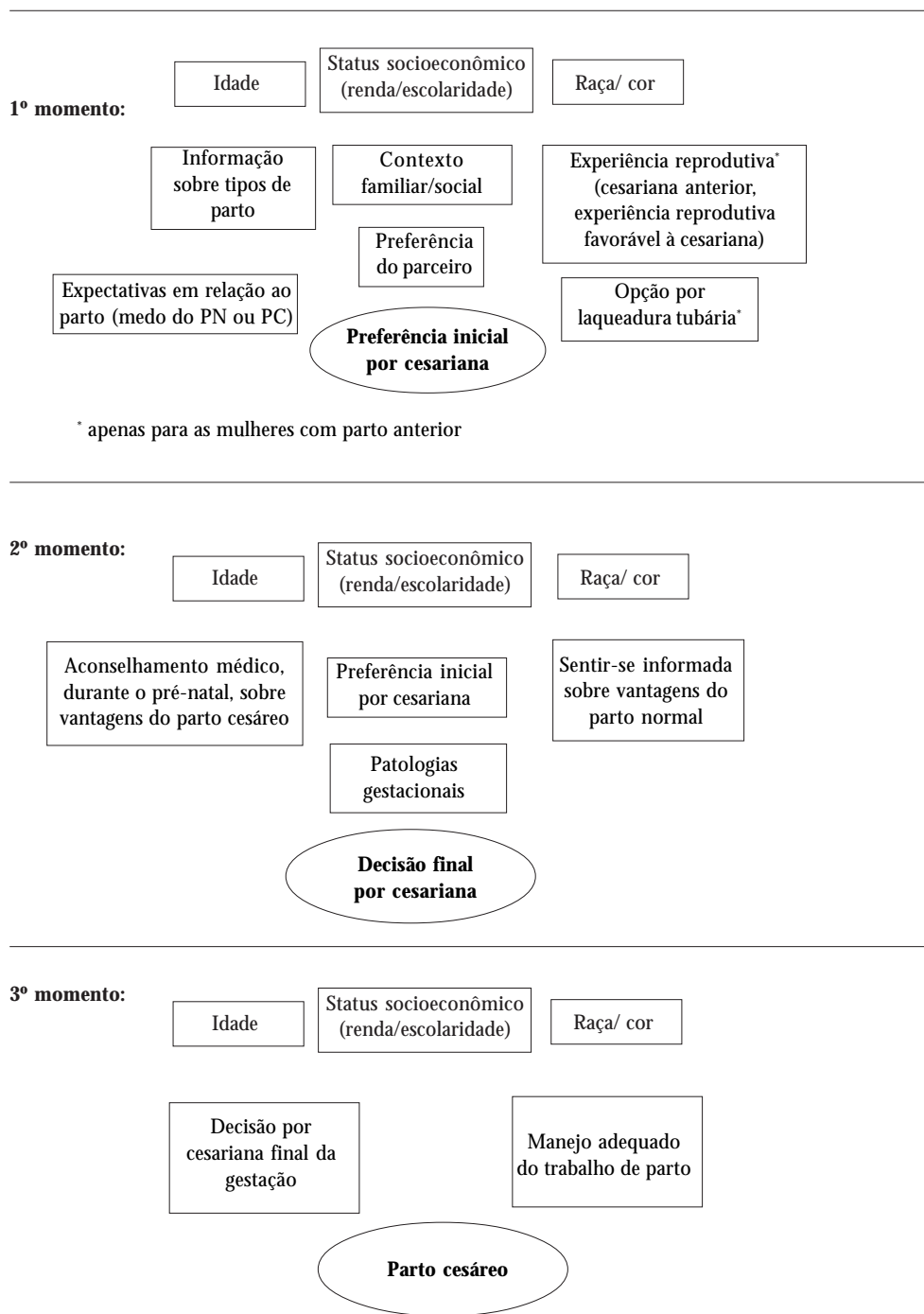


Figura 1. Modelo hierarquizado de análise.

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas das puérperas, segundo local de internação.

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor
	n (254)	%	n (183)	%	
Faixa etária					
até 19	12	4,7	20	10,9	0,0414
20 a 34	209	82,3	144	78,7	
35 e mais	33	13,0	19	10,4	
Escolaridade					
até 8ª série do fundamental	18	7,1	30	16,5	0,0000
do 1º ao 3º ano do médio	126	49,6	110	60,4	
Superior completo ou incompleto	110	43,3	42	23,1	
Estado civil					
Casada/Vive com companheiro	231	90,9	167	91,3	0,4187
Solteira	18	7,1	15	8,2	
Separada/divorciada	5	2,0	1	0,5	
Cor ou raça					
Preta	24	9,5	31	17,0	0,0012
Parda	97	38,3	92	50,5	
Branca	111	43,9	48	26,5	
Outras	21	8,3	11	6,0	
Ocupação remunerada					
Sim	183	72,0	111	60,7	0,0123
Não	71	28,0	72	39,3	
Faixa de renda					
Até 2 salários mínimos	10	4,0	36	19,7	0,0000
> 2 ≤ 5 salários mínimos	123	48,5	87	47,5	
> 5 e ≤ 10 salários mínimos	91	36,0	50	27,3	
> 10 salários mínimos	29	11,5	10	5,5	
Gestações anteriores					
Não	123	48,4	102	55,7	0,131
Sim	131	51,6	81	44,3	
Paridade					
Primípara	149	58,7	119	65,0	0,370
Um a dois partos anteriores	100	39,3	60	32,8	
Três ou mais partos anteriores	5	2,0	4	2,2	
Apenas para mulheres com paridade ≠ 0	n (105)		n (64)		
Cesarianas pregressas					
Nenhuma	42	40,0	22	34,4	0,310
Uma	53	50,5	39	60,9	
Duas ou mais	10	9,5	3	4,7	

Gestação atual

Quase a totalidade das mulheres realizou sua assistência pré-natal em consultório particular. Na unidade 2, cerca de 6% das mulheres relataram ter feito esse acompanhamento tanto no serviço público como no privado.

Mais de 90% das mulheres, nas duas unidades, relataram início precoce da assistência pré-

natal e da realização de exame de ultra-sonografia, ambos no primeiro trimestre gestacional.

O número de consultas também foi elevado, com quase 100% das mulheres tendo acesso ao número mínimo de seis consultas de pré-natal. Entretanto, verificou-se uma diferença importante: enquanto na unidade 1 cerca de 60% das mulheres referiram ter tido mais de doze consultas

de pré-natal, número geralmente alcançado quando seguidos os protocolos recomendados pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia¹², na unidade 2 apenas 30% das mulheres alcançaram esse patamar.

O acesso à informação durante a gestação também foi bastante diferenciado nos dois grupos. As mulheres da unidade 1 relataram se sentir mais informadas sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto em comparação às mulheres da unidade 2. Tomando-se por exemplo as informações sobre vantagens do parto normal, 89% das mulheres da unidade 1 consideravam-se completamente informadas, enquanto na unidade 2 apenas 66,7% se percebiam assim ($p=0,000$). Também se verificou, nas mulheres da unidade 2, menor participação do médico como fonte de informação sobre os tipos de parto, sempre inferior a 60%, sendo esse valor de cerca de 80% na unidade 1. Ressalta-se, entretanto, que quase 50% das mulheres atendidas na unidade 2 identificaram o médico como única fonte de informação sobre as vantagens do parto cesáreo.

Em relação às intercorrências apresentadas ao longo da gestação, verificam-se poucas diferenças entre as duas unidades, com predomínio da hipertensão arterial (17,9%), da circular de cordão (31,1%) e das alterações na apresentação do bebê (41%). Em relação a esta última intercorrência, considera-se que o valor encontrado possa estar superestimado, já que a pergunta aferia se o referido fato havia ocorrido em algum momento da gestação, e este pode ter sido apenas transitório.

Dentre as mulheres que relataram hipertensão na gravidez, cerca de 65% nas duas unidades faziam uso de medicação para tratamento dessa patologia.

A única diferença entre as intercorrências obstétricas informadas pelas mulheres foi o maior relato de perda de líquido durante a gravidez por rotura das membranas ovulares na unidade 2.

Construção da decisão da via de parto

Preferência inicial pelo tipo de parto

Já no início da gestação, mais de 36% das mulheres na unidade 1 e 32,8% na unidade 2 preferiam parto cesáreo. A preferência por parto vaginal foi de 44,9% e 52,4%, respectivamente, e o restante das mulheres não manifestou clara preferência no início da gravidez. Quando analisamos apenas as primíparas, a proporção de preferência por cesariana foi menor, 20% e 23%, respectivamente, na unidade 1 e 2.

Quando questionadas sobre que fatores poderiam ter influenciado essa preferência inicial, os mais citados foram o medo do parto normal, o medo da cesariana, as informações prévias sobre os tipos de parto, as histórias familiares e a preferência do parceiro. Entre as mulheres com partos anteriores, o desejo de ligar as trompas e as experiências de gestações e partos anteriores também foram muito indicados. O medo de o parto normal alterar a vida sexual foi uma razão pouco citada em ambas as unidades.

Na análise multivariada (Tabela 2), os fatores distais cor da pele e renda não mostraram associação com preferência por cesariana. A idade inferior a 20 anos pareceu protetora, embora sem significância. A escolaridade analisada por anos de estudo apresentou-se associada à menor preferência por parto cesáreo, em torno de 10% menos chance de escolher esta via de parto para cada ano a mais de estudo, embora não tenha alcançado significância.

Quanto aos fatores intermediários (Tabela 2), estar informada sobre os tipos de parto mostrou-se fortemente protetor, da mesma forma que a preferência do parceiro por parto normal. Em relação aos fatores proximais, o medo do parto cesáreo foi protetor, enquanto o medo do parto normal foi o único fator que aumentou a chance de escolha por cesariana.

Quando analisadas apenas as mulheres com história de partos anteriores (Tabela 2), mantiveram-se protetores o nível de informação sobre tipo de parto e o medo do parto cesáreo. No entanto, tiveram efeito de aumentar a escolha por cesariana o desejo de laqueadura e a experiência reprodutiva anterior favorável a este tipo de parto. Parto cesáreo anterior também esteve associado à preferência inicial por cesariana, embora não tenha alcançado significância.

Decisão pelo tipo de parto ao final da gestação

Cerca de 70% das mulheres relataram que, ao final da gestação, já havia a decisão de realização de cesariana. Na unidade 1, em quase metade dos casos a escolha foi da mulher, enquanto na unidade 2, na maioria das vezes, essa foi uma decisão conjunta da mulher e do médico. É importante, portanto, destacar que a proporção de mulheres com opção pelo parto cesariano duplicou em relação à preferência referida no início da gestação.

Quando a decisão foi apenas da mulher, os principais fatores relatados foram: o desejo de ligar as trompas, não querer sentir a dor do parto e histórico de cesariana anterior. Quando foi

Tabela 2. Análise multivariada da decisão por cesariana.

Variáveis em cada momento de escolha	OR ajustado (IC 95%)
Preferência inicial por cesariana	
Faixa etária (até 19 anos)	0,50 (0,20-1,22)*
Anos de estudo	0,903 (0,79-1,03)*
Informações sobre tipos de parto	0,20 (0,11-0,35)
Preferência do parceiro	0,43 (0,24-0,76)
Medo da dor do parto normal	6,61 (3,94-11,10)
Medo do parto cesáreo	0,32 (0,19-0,53)
Preferência inicial por cesariana (multíparas)	
Informações sobre tipos de parto	0,09 (0,02-0,41)
Medo do parto cesáreo	0,07 (0,01-0,47)
Desejo ligadura tubária	25,50 (4,08-159,35)
Experiência reprodutiva anterior favorável à cesariana	268,75 (316,79-4300,93)
Cesariana anterior	3,11 (0,57-16,93)*
Decisão por cesariana no final da gestação	
Faixa etária (até 19 anos)	0,19 (0,06-0,61)
Anos de estudo	0,70 (0,53-0,94)
Preferência inicial por parto cesáreo	23,94 (7,25-78,97)
Informação da mulher sobre vantagens do parto normal	0,30 (0,10-0,91)
Decisão no momento do parto	
Decisão por cesariana no final da gestação	9,59 (4,61-19,97)

* sem significância estatística.

exclusiva do médico ou conjunta com a mulher, os mais citados foram: a presença de circular de cordão, histórico de cesariana anterior, o relato de um bebê grande e a presença de complicações na gravidez, sobretudo a hipertensão.

Na análise multivariada (Tabela 2), verificou-se que idade menor que 20 anos, maior escolaridade e informação sobre as vantagens do parto normal foram protetores, enquanto a preferência inicial pela cesariana associou-se fortemente a uma maior decisão pelo parto cesáreo ao final da gestação. Também mostrou associação positiva a presença de circular de cordão e hipertensão, porém sem significância estatística.

Decisão no momento do parto

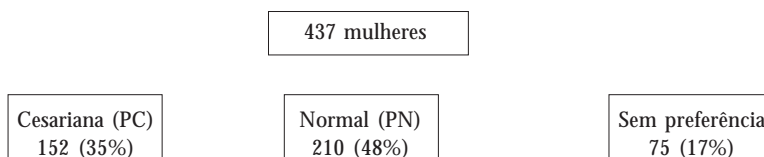
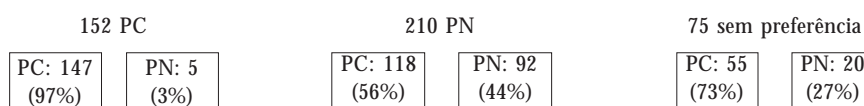
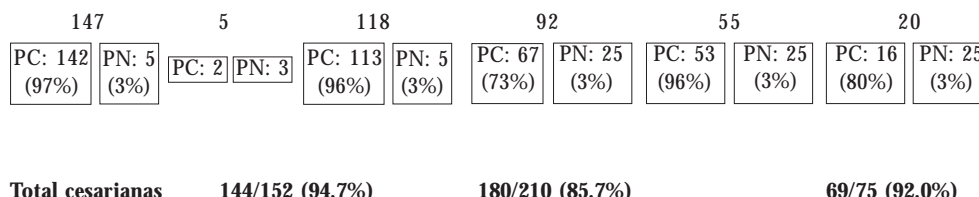
Os resultados sugerem que a decisão por cesariana no final da gestação foi o maior preditor de cesariana no momento do parto. A variável “manejo inadequado do trabalho de parto”, utilizada no modelo apenas para as mulheres que entraram em trabalho de parto, mostrou-se associada à maior chance de cesariana, porém sem significância estatística. Deve-se ressaltar, entretanto, que o número de mulheres que entraram em trabalho de parto foi muito pequeno, limitando o poder da análise.

A Figura 2 apresenta o resumo das trajetórias das mulheres a partir de seu desejo inicial em relação ao tipo de parto (normal, cesáreo ou sem preferência), até a via de parto final. Observa-se que, no momento do parto, a maioria das trajetórias terminou em parto cesáreo, independente do desejo inicial.

Avaliação da adequação de indicações de cesariana e do manejo do parto

Foi encontrada uma proporção de 88,1% de partos cesáreos e 11,9% de partos normais, com distribuição semelhante nas duas maternidades. Não houve relato de parto vaginal operatório (fórceps ou vácuo).

Das mulheres com parto cesáreo, 17% referiram ter entrado em trabalho de parto antes da realização da cirurgia. Entretanto, após revisão dos questionários, verificou-se que apenas 8% dessas mulheres haviam realmente entrado em trabalho de parto. Ou seja, 92% das cesarianas foram realizadas eletivamente, antes da entrada da mulher em trabalho de parto. Do total de cesarianas, 37,1% ocorreram por escolha da mulher, sendo as demais por indicação médica ou decisão conjunta (Tabela 3).

Preferência inicial**Decisão no final da gestação****Tipo de parto**

Total cesarianas **144/152 (94,7%)** **180/210 (85,7%)** **69/75 (92,0%)**

Figura 2. Trajetória das gestantes na construção da via de parto.

Houve discordância nas causas alegadas para indicação da cesariana, comparando-se o relato das puérperas com o registro dos prontuários médicos (Tabela 3). As principais indicações registradas pelos obstetras foram a desproporção céfalo-pélvica, a hipertensão arterial, as distocias e a amniorexe, sem diferenças entre as duas unidades, com exceção das indicações “cesariana anterior” e “distocias”, superiores na unidade 2. Deve-se ressaltar, entretanto, que em 37% dos partos cesáreos na unidade 1 e em 8,7% na unidade 2, não havia no prontuário qualquer indicação para essa via de parto. Em muitos casos, encontrou-se apenas a palavra “cesariana”, a descrição do procedimento cirúrgico ou a expressão “trabalho de parto”, dando a entender que a indicação da cesariana foi o fato da mulher ter entrado em trabalho de parto.

Após revisão e análise dos partos cesáreos

(eletivos ou não) com indicação médica, não foi possível avaliar a adequação da indicação em 10,2% por ausência de informações no prontuário. Nos casos em que foi possível a avaliação, concluiu-se que 91,8% foram inadequadas e apenas 8,2% adequadas. A principal razão para a inadequação da indicação da cesariana foi a ausência de uma prova de trabalho de parto para várias condições que não constituem indicações absolutas para um parto cesáreo.

Em relação ao manejo do trabalho de parto, avaliou-se que 64,9% das mulheres tiveram manejo inadequado do trabalho de parto, 10,4% parcialmente adequado e nenhum adequado. Em 24,7% dos casos, não foi possível avaliar a adequação do manejo do trabalho de parto, por ausência de um partograma que permitisse avaliar a evolução do trabalho de parto e as intervenções médicas utilizadas.

Tabela 3. Indicação das cesarianas por relato da puérpera e do registro médico em prontuário.

Relato da puérpera	Unidade 1		Unidade 2		p-valor
	n (232)	%	n (161)	%	
Cesariana a pedido	85	37,1	64	40,4	
Cesarianas por indicação médica	n (147)		n (97)		
Desproporção céfalo-pélvica ("falta de passagem")	43	29,3	22	22,7	0,227
Uma cesariana anterior	4	2,7	6	6,2	0,115
Duas ou mais cesarianas anteriores	1	0,7	1	1,0	0,308
Hipertensão arterial	31	21,1	16	16,5	0,264
Amniorexe	9	6,1	9	9,3	0,184
Passou do tempo	4	2,7	8	8,2	0,038
Bebê sentado ou atravessado	13	8,8	5	5,2	0,210
Sofrimento fetal / problemas do bebê	10	6,8	9	9,4	0,226
Circular de cordão	28	19,0	22	22,7	0,207
Outros	48	32,9	23	24,0	0,157
Alterações do líquido amniótico	7	14,6	4	17,4	
Descolamento prematuro de placenta	2	4,2	0	0,0	
Suposta falta condição PN	17	35,4	0	0,0	
Outros problemas de saúde	18	37,5	10	45,5	
Comodidade/programação	2	4,2	3	13,0	
Outros	2	4,2	6	26,1	
Prontuário médico	n (232)		n (161)		
Desproporção céfalo-pélvica	38	16,4	28	17,4	0,792
Cesárea anterior	2	0,9	14	8,7	0,000
Hipertensão arterial	21	9,1	16	9,9	0,767
Distocias	27	10,6	40	21,9	0,001
Não declarado	86	37,1	14	8,7	0,000
Amniorexe	11	4,7	16	9,9	0,045
Outros	47	20,3	33	20,5	0,954

A inadequação do manejo do trabalho de parto foi resultante da baixa incorporação de práticas consideradas benéficas para a assistência ao trabalho de parto, associada ao uso de práticas consideradas prejudiciais pela Organização Mundial de Saúde¹⁰ para essa assistência. Verificaram-se também diferenças significativas entre as duas unidades em relação ao acesso a algumas práticas assistenciais, revelando um padrão assistencial inferior na unidade 2, onde são atendidas as mulheres de mais baixo nível socioeconômico.

Discussão

Este estudo foi concebido como um estudo exploratório, tendo por objetivo identificar fatores associados aos partos cesáreos que pudessem ser melhor investigados em estudos futuros e fornecer subsídios para a elaboração de estratégias a serem

elaboradas e adotadas pela ANS visando à qualificação da assistência ao parto na rede de serviços que compõem o sistema de saúde suplementar.

Por ser um estudo piloto, o mesmo apresentou limitações relacionadas não só ao tamanho da amostra, que foi pequeno para permitir análises conclusivas sobre os possíveis fatores associados à realização do parto cesáreo, como também à validade e confiabilidade do instrumento de coleta de dados empregado, que não permitiu aferir todas as questões previstas no plano de análise inicial. O modelo teórico da decisão final por cesariana contemplava perguntas relativas ao início e desenrolar da gravidez. Portanto, o desenho de estudo adotado talvez não tenha sido o mais adequado, já que obteve retrospectivamente a informação sobre as mudanças ocorridas ao longo da gestação, estando sujeito a viés de memória.

Mesmo com essas limitações, o estudo traz contribuições importantes para o debate acerca

do excesso de cesarianas nesses serviços e aponta para possíveis estratégias a serem adotadas.

O primeiro resultado importante foi a elevada aceitação das mulheres para participação na pesquisa, mesmo entre aquelas com resultados perinatais adversos (óbito fetal ou neonatal, internação em UTI neonatal).

O segundo resultado relevante foi a diferença encontrada entre as duas unidades estudadas em relação às características socioeconômicas e demográficas das mulheres atendidas e no acesso a serviços de pré-natal, informações e práticas assistenciais adotadas, demonstrando que os serviços do sistema de saúde suplementar não são homogêneos e que estratégias diferenciadas provavelmente serão necessárias.

Em relação à preferência das mulheres pelo tipo de parto, verificamos que a grande maioria das mulheres (70%) não apresentava preferência inicial pela cesariana, tendo clara preferência pelo parto normal ou não tendo uma opção inicial definida. Entre as primíparas, a proporção de mulheres sem escolha inicial pela cesariana foi ainda maior, cerca de 80%.

Este resultado é corroborado por outros estudos brasileiros, nos quais foi identificada a preferência inicial por parto normal, também com destaque para as primíparas^{2,4,9,14}. Do total de mulheres entrevistadas em nosso trabalho, mais de um terço demonstraram preferência pelo parto cesáreo já no início da gestação. Quando se analisam os fatores que influenciam a decisão pelo tipo de parto, e que podem ser trabalhados no âmbito do setor saúde, destaca-se a informação prévia sobre os tipos de parto e a elevada proporção de mulheres que referem medo tanto do parto normal quanto da cesariana.

A elevada proporção de mulheres que referiram o medo da dor do parto normal para a escolha de um parto cesáreo foi surpreendente, considerando-se a disponibilidade atual de analgesia peridural e de outros métodos não farmacológicos para alívio da dor. Esses dados reforçam a necessidade de trabalhos educativos voltados para a mulher e para a população geral, divulgando informações sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, sobre as práticas assistenciais disponíveis, incluindo os métodos para alívio da dor, visando reforçar a opção pelo parto normal.

No caso das múltiparas, além do medo da dor do parto normal, o desejo de ligar as trompas e experiências reprodutivas anteriores favoráveis à cesariana também estiveram associados à escolha desse tipo de parto, fatores também

identificados por outros autores^{2,4}. O elevado número de mulheres que buscam a cesariana como forma de obtenção da laqueadura aponta para a necessidade de ampliação do acesso a outros métodos contraceptivos, bem como para o melhor esclarecimento das mulheres sobre outras formas de realização desse procedimento.

A história de cesariana prévia, embora não tenha alcançado significância estatística, mostrou-se como fator de risco para a escolha inicial por esta via de parto, resultado concordante com outros estudos^{2,15}. Ressalta-se que, neste estudo, 65% das múltiparas com cesariana prévia escolheram esta via de parto no início da gestação, indicando a necessidade de diminuição da realização da primeira cesariana.

O medo de o parto normal alterar a vida sexual foi uma razão pouco citada pelas mulheres deste estudo para justificar a preferência pelo parto cesáreo, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais^{2,4}. Entretanto, é possível que este fator tenha maior relevância em outros grupos sociais e deve ser melhor investigado em estudos futuros.

Uma grande mudança no perfil da preferência pelo tipo de parto ocorreu já no final da gravidez, quando a maioria das mulheres referiu já haver uma decisão pela cesariana, seja por escolha sua, do médico ou conjunta. É importante destacar a baixa informação referida pelas mulheres em relação às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, a baixa participação do médico como fonte desta informação e a baixa prevalência de intercorrências médicas que justifiquem a indicação de uma cesariana.

Vale ressaltar que as escolhas/decisões das mulheres tiveram forte associação na análise multivariada. Quando da decisão por cesariana no final da gestação, a “preferência inicial” foi o mais forte preditor. Já no desfecho final do parto, a variável mais fortemente associada foi “decisão do final da gestação”, processo em geral determinado pela influência do médico.

Embora ainda não haja evidência a partir de ensaios clínicos, a literatura aponta a possibilidade de complicações maternas e neonatais associadas à realização de cesarianas sem indicações obstétricas reais. Portanto, esperar-se-ia encontrar um efeito positivo do aconselhamento médico no sentido de favorecer a tentativa de parto vaginal pelas mulheres. De forma inversa, verifica-se que este efeito protetor à opção pelo parto normal não aconteceu, provavelmente evidenciando que os obstetras não valorizam as possíveis morbidades associadas à cesariana. Pelo

contrário, ao longo do atendimento pré-natal, surgem novas questões que conduzem a indicações de cesarianas desnecessárias⁴.

O predomínio de algumas razões referidas pelas mulheres para a realização da cesariana, como presença de circular de cordão, relato de bebê grande, história de cesárea prévia, em detrimento de intercorrências clínicas ou obstétricas reais, tais como a hipertensão e a diabetes, revela o alargamento das indicações de cesarianas adotadas pelos obstetras.

As indicações das cesarianas que predominaram neste estudo são exemplos de situações em que o tipo de orientação fornecida pelo médico poderia influenciar a decisão da mulher pelo tipo de parto. Duas delas, a hipertensão e o tamanho do bebê merecem comentários. As mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial provavelmente não apresentavam formas graves da doença, já que mais de 30% delas prescindiam do uso de medicação anti-hipertensiva, e poderiam também ser submetidas a uma prova de trabalho de parto. Já entre as mulheres que foram submetidas à cesariana por causa de "um bebê grande", o peso ao nascer médio foi de 3.500g e apenas um bebê apresentou peso superior a 4.500g, valor adotado pela literatura médica atual para definição de macrosomia fetal^{16,17}. Sabe-se que a estimativa do peso do recém-nascido durante o pré-natal tem acurácia variável¹⁸ e esta é uma informação que deveria ser discutida com as mulheres.

Todas as mulheres com alguma dessas condições deveriam ser aconselhadas sobre as vantagens e desvantagens de ser submetida a uma prova de trabalho de parto, já que nenhuma delas apresentava indicação absoluta de um parto cesariano. Entretanto, com a banalização da cesariana, as mulheres não estranham mais a indicação de tantas cirurgias e acabam abrindo mão de seu desejo inicial por um parto normal e concordando com a realização da mesma. É importante ressaltar que esse processo de tomada de decisão pelo tipo de parto se dá numa relação de poder que se estabelece no diálogo entre o médico e a mulher, e que muitas vezes inibe qualquer questionamento da decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural.

Para que as mulheres sejam de fato consumidoras informadas, e possam escolher adequadamente o melhor tipo de parto segundo sua condição de saúde, crenças e valores pessoais, é fundamental que as mesmas se sintam completamente informadas e que o médico seja o interlocutor prioritário para essa escolha⁹.

O terceiro momento de mudança ocorreu durante a internação para o parto, quando a opção ou concordância de 70% das mulheres pelo parto operatório resultou numa proporção de parto cesáreo de 90%. Dois fatores merecem destaque nesse momento. O primeiro é o excesso de cesarianas eletivas e a baixíssima proporção de mulheres que entram em trabalho de parto, seja de forma espontânea ou induzida. O segundo é o manejo do trabalho de parto, avaliado como inadequado em pelo menos 70% dos casos.

A ausência de tentativa de parto normal em mulheres com cesariana anterior demonstra que a prova de trabalho de parto nestas gestantes, estratégia utilizada em muitos países para reduzir as taxas de cesariana, não foi considerada como uma opção pelos profissionais que as atenderam. Deve-se ressaltar que 35% das mulheres com cesariana prévia neste estudo não tinham preferência inicial pelo parto cesáreo, e teriam grande possibilidade de aceitação de uma prova de trabalho de parto, se fossem informadas dessa alternativa.

A ausência de partos vaginais operatórios (fórceps e vácuo) também merece destaque, uma vez que em todo o mundo estes instrumentos são utilizados durante partos vaginais complicados¹⁹. A ausência de qualquer parto instrumental no grupo estudado aponta para uma opção dos profissionais pela cesariana em detrimento do uso destas técnicas na assistência às gestantes na iniciativa privada.

A indução do trabalho de parto também apresentou frequência muito baixa, sendo relatada por menos de 4% das mulheres deste estudo, enquanto em serviços internacionais essa proporção é de 20%^{20,21}.

Quanto ao manejo do trabalho de parto, verificamos que as poucas mulheres que entraram em trabalho de parto foram submetidas a um modelo de assistência que, além de não incorporar a utilização de várias práticas consideradas benéficas pela evidência científica, é associado ao uso de muitas práticas condenadas pela OMS¹⁰. A observação do uso de práticas assistenciais que aumentam a dor do trabalho de parto, como a restrição ao leito e o uso de medicações para aumento das contrações, bem como o acesso limitado à analgesia peridural, principalmente na unidade 2, justificam o medo que as mulheres referem da dor do parto normal.

Também merece destaque a internação precoce das gestantes consideradas em trabalho de parto. A literatura^{14,22} aponta para uma maior proporção de intervenções médicas e maior taxa

de cesarianas quando uma gestante é admitida precocemente com pouca dilatação (até 3 centímetros de dilatação). Neste estudo, 41,2 % das mulheres que relataram ter entrado em trabalho de parto foram admitidas com dilatação de até 3 centímetros.

O intervalo de tempo registrado entre a internação e o parto foi muito curto, em média de quatro horas, e metade das mulheres foi submetida ao parto cesariano menos de três horas e meia após a internação. Em diversas ocasiões, foi possível verificar que a internação hospitalar aconteceu com a gestante em pródromos de trabalho de parto e a cesariana foi realizada algumas horas depois, sem uma tentativa efetiva de alcançar o parto vaginal. É importante ressaltar que, em determinados planos de saúde, há um aumento da remuneração dos profissionais se há relato de acompanhamento do trabalho de parto.

A grande discordância entre a informação dada pela mulher e a indicação da cesariana registrada pelo médico no prontuário fala a favor da pouca informação da parturiente e/ou do preenchimento incorreto da indicação do procedimento cirúrgico. É possível que esta baixa qualidade do registro médico esteja também associada às cesarianas a pedido, quando o médico omite a indicação da cesariana ou utiliza outros diagnósticos para justificar a realização desse procedimento.

Um último comentário deve ser feito em relação às mulheres das duas unidades, que tiveram experiência reprodutiva semelhante, sugerindo uma "igualdade" diante da força da medicalização do parto. Quaisquer diferenças entre as mulheres, sejam econômicas, culturais, no acesso a informações, ou no desejo pelo parto normal, ficaram anuladas diante da diretriz que o médico imprime ao atendimento da sua clientela.

Conclusões

Como conclusão do estudo, pode-se apontar a necessidade de novas investigações, com um número maior de mulheres e o envolvimento de outros tipos de serviços, principalmente os que prestam assistência a mulheres de maior nível socioeconômico.

Um fator limitante para qualquer estudo que vise avaliar a adequação das indicações das cesarianas e dos desfechos perinatais é a baixa qualidade dos registros hospitalares, com informações incompletas, incorretas e muitas vezes discordantes das fornecidas pelas mães. A implan-

tação de impressos específicos para acompanhamento do trabalho de parto e parto é uma estratégia fundamental para a qualificação da assistência às parturientes e também para trabalhos futuros de monitoramento e avaliação do cuidado prestado.

Da mesma forma que outros estudos, identifica-se uma elevada proporção de mulheres que desejam o parto normal no início da gestação, mas que, por razões diversas, principalmente relacionadas à atuação do profissional médico, acabam por ter um percentual extremamente elevado de partos cesáreos.

O fornecimento de informações às mulheres, antes e durante a gestação, deve ser um caminho a ser trilhado na tentativa de reverter este quadro, ainda que estudos não demonstrem a redução das taxas de cesariana com essa estratégia isoladamente^{23,24}. Sabe-se, porém, que outros resultados psicossociais positivos estão associados ao aumento da informação das mulheres²⁵⁻²⁷. Além disso, espera-se que consumidoras informadas possam modificar o padrão de oferta de serviços de atenção ao parto²⁸.

Entretanto, diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que qualquer estratégia adotada terá alcance muito limitado se não for modificada a forma de atuação do profissional médico na assistência ao parto nos serviços da rede de saúde suplementar. O peso da opinião médica e sua capacidade de convencimento da mulher a favor da realização do parto cesáreo, em um momento de grande fragilidade como o final da gravidez, podem tornar inócuas todas as outras iniciativas em prol do parto normal.

As várias distorções observadas na assistência, tais como excesso de cesarianas eletivas, ausência de prova de trabalho de parto em mulheres com cesariana anterior, ausência de partos vaginais operatórios, baixíssima proporção de induções, indicações inadequadas de cesariana e o próprio manejo inadequado do trabalho de parto resultam em taxas elevadíssimas de partos cesáreos, não observados em outros países onde predomina o mesmo modelo médico de assistência.

A mudança das práticas assistenciais vigentes certamente é a tarefa mais difícil para a redução de tantas cesarianas desnecessárias. Diversas estratégias possíveis esbarram no modelo de atenção predominante, focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções e na baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento. A atuação junto aos estudantes de medicina e aos médicos obstetras na avaliação do atual modelo de assistência ao parto e seus

resultados maternos e perinatais é fundamental e as evidências científicas^{10,11,28} que sustentam os modelos de outros países, onde os indicadores maternos e perinatais são muito superiores e onde as mulheres têm a oportunidade de exercer sua autonomia, devem subsidiar este debate.

Entretanto, a grande mudança dependerá de transformações profundas no modelo de atenção à gestação e ao parto, com a ampliação do número de serviços com novas propostas assistenciais e a incorporação de outros profissionais na assistência à gestação, ao parto e nascimento, tais como enfermeiras obstetras e **doulas**.

Colaboradores

MM Theme Filha e DAS Bittencourt participaram do desenho metodológico e elaboração dos instrumentos utilizados na pesquisa; PMM Rocha, APE Pereira e AOC Schilithz participaram da análise dos dados; MAB Dias, RMSM Domingues, SC Fonseca e SGN Gama participaram de todas as etapas do estudo e redação do artigo; MC Leal foi a responsável pela revisão final do artigo.

Referências

1. Yazlle ME, Rocha JS, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, de Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(2):202-206.
2. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MCC. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323:1155-1158.
3. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999; 28(4):687-694.
4. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000; 51(5):725-740.
5. Fabri RH, Murta EFC. Socioeconomic factors and caesarean section rates. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 76:87-88.
6. Kalish RB, McCullough L, Gupta M, Thaler HT, Chervenak FA. Intrapartum elective cesarean delivery: a previously unrecognized clinical entity. *Obstet Gynecol* 2004; 103(6):1137-1141.
7. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(1):100-107.
8. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(5):761-767.
9. Bèhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324(7343):942-945.
10. Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.
11. NICE. Caesarean section: Full guideline. Published 26 April 2004. [acessado 2007 Abr 24]. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CG13/guidance/pdf/English>
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Standards for obstetric-gynecologic services*. Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1985.

13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1):224-227.
14. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo A, Barbosa G, Gama A, Reis A. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(10):2067-2078.
15. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(2):226-232.
16. Raio L, Ghezzi F, Di Naro E, Buttarelli M, Franchi M, Durig P, Bruhwiler H. Perinatal outcome of fetuses with a birth weight greater than 4500 g: an analysis of 3356 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 15:109(2):160-165.
17. Gonen R, Spiegel D, Abend M. Is macrosomia predictable, and are shoulder dystocia and birth trauma preventable? *Obstet Gynecol* 1996; 88(4 Pt 1):526-529.
18. Chauhan SP, Hendrix NW, Magann EF, Morrison JC, Kenney SP, Devoe LD. Limitations of clinical and sonographic estimates of birth weight: experience with 1034 parturients. *Obstet Gynecol* 1998; 91:72-77.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vaginal delivery. Guideline N° 26. Revised October 2005. [acessado 2006 Fev 20]. Disponível em: http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/operative_vaginal_delivery.pdf
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of labour - full guidance. Published 12 June 2001. [acessado 2006 Fev 20]. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CGD/guidance/pdf/English>
21. Glantz JC. Labor Induction Rate Variation in Upstate New York: What Is the Difference? *Birth* 2003; 30(3):168-174.
22. McNiven P, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labour assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth* 1998; 25(1):5-10.
23. Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD003858.
24. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. *Birth* 2005; 32(4):252-261.
25. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (4):CD002869.
26. Lauzon L, Hodnett E. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD000935.
27. Brown HC, Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (2):CD002856.
28. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Duley CCLD, Hodnett E, Hofmeyer J. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. England: Oxford University Press; 2000.