



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Eduardo Maluf Patah, Luciano; Malik, Ana Maria
Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países
Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 1, febrero, 2011, pp. 185-194
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240189021>

- 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

Luciano Eduardo Maluf Patah

Ana Maria Malik

Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países

Models of childbirth care and cesarean rates in different countries

RESUMO

Revisão bibliográfica que descreve as taxas de cesárea em diferentes países e os modelos de atenção ao parto de acordo com o uso de tecnologias assistenciais. Foram analisados 60 estudos publicados entre 1999 e 2010, obtidos nas bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ProQuest. O modelo de assistência obstétrica praticado no país baseia-se na relação médico-paciente, ao grau de utilização de tecnologias e à realização do parto cesáreo.

DESCRIPTORES: Cesárea, estatística & dados numéricos. Assistência Perinatal, tendências. Revisão.

ABSTRACT

The paper reports the results of a literature review on cesarean rates and models of childbirth care in different countries according to their utilization of technology. There were reviewed 60 studies published between 1999 and 2010 retrieved from the Brazilian Federal Agency for Support and Evaluation of Graduate Education (CAPES) and ProQuest databases. The Brazilian model of childbirth care relies on the physician-patient relationship, level of technology utilization and cesarean delivery.

DESCRIPTORS: Cesarean Section, statistics & numerical data. Perinatal Care, trends. Review.

GVsaude. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Luciano Patah
R. Peixoto Gomide, 1903
Jardim Paulista
01309-003 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: lucianopatah@yahoo.com.br

Recebido: 5/11/2009
Aprovado: 23/8/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

Os modelos de assistência ao parto e a realização de cesáreas são debatidos desde a década de 1980.^{6,18,22,34} A complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência têm suscitado questionamentos envolvendo desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres.⁵

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos sadios, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos.^a Dessa maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário. Apesar dessa recomendação, a incidência do parto cesáreo está aumentando em diversos países, o que motiva muitos estudos internacionais e nacionais.^{1,5,7,10,15,17,20}

A cesárea é uma intervenção cirúrgica originalmente concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto. Essa intervenção não é isenta de risco,³⁷ a despeito das melhorias na segurança dessa operação. Antes só realizada em mulheres mortas para salvar a vida do feto, a cesariana passou a proporcionar segurança à gestante e a seu filho em situações de maior complexidade. Enquanto a maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser evitada na ausência de indicação médica, outros relatam que melhorias nas técnicas cirúrgicas, medidas de prevenção de infecção e transfusões sanguíneas permitiriam indicar o procedimento também para a satisfação dos anseios da mãe e/ou da família.^{28,29}

Em quase todo o mundo o parto cesáreo é cada vez mais freqüente. As principais justificativas encontradas na literatura internacional para tanto são fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes,^{2,20} associados à solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, preferências médicas¹ e interesses econômicos dos atores desse processo.^{9,22}

Diferentes países exibem características peculiares quanto à forma de organização da assistência à saúde relacionadas às prioridades em saúde pública, ao modelo político estabelecido e ao grau de intervenção e participação do Estado nos diversos níveis de assistência. Diferenças nas condições sociais, educacionais e econômicas da sociedade também são relevantes. A organização da assistência à gestante se molda a essas características, determinando o modelo de atendimento ao parto. O modelo hospitalar de assistência ao parto e com intervenções médicas nem sempre aceitas pelos

estudiosos do assunto¹⁴ sofre críticas da sociedade e da comunidade acadêmica,²⁴ com questionamentos contundentes no campo da obstetria.

Nesse contexto, a presente revisão teve por objetivo descrever modelos assistenciais praticados em alguns países e suas respectivas taxas de cesárea.

MÉTODOS

Aspectos relacionados ao histórico das recomendações internacionais sobre taxas de cesárea foram resumidos. A assistência obstétrica de alguns países foi categorizada com base no seu grau de intervenções, conforme classificação proposta por Wagner⁴³ (2001), e com a exposição de suas taxas de cesárea nos últimos anos. Por fim, o modelo de assistência ao parto no sistema de saúde brasileiro foi descrito, seguido das taxas de cesárea nos setores público e privado.

Para o desenvolvimento do trabalho, realizou-se levantamento bibliográfico de literatura nacional e internacional nas bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ProQuest, selecionando as principais publicações relacionadas ao assunto do período 1999-2010. Para a estratégia de busca, foram utilizados os seguintes descritores: “cesárea”; “parto”; “taxas de cesárea”; “sistemas de saúde”; “modelo de saúde”; “modelos assistenciais”; “assistência perinatal”; “fatores decisórios”; “fatores determinantes”; “Cesarean Section”; “statistics & numerical data”; “Perinatal Care, trends”. Foram encontrados 65 artigos, dos quais 44 foram selecionados por tratarem de modelos assistenciais e tipo de parto.

Alguns trabalhos que consideramos relevantes e anteriores ao período definido foram incluídos para alicerçar a base conceitual.

RESULTADOS

Recomendações internacionais sobre a utilização da cesárea

No final da década de 1970 e princípio da seguinte, teve início uma colaboração internacional para avaliar a assistência ao parto, e em 1985 esse grupo realizou a “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto”, coordenada pela OMS. Esse encontro foi um marco na saúde pública e na defesa de direitos das mulheres, da mesma forma que a Carta de Fortaleza, texto produzido nesse evento e que buscou inspirar ações de mudança na organização e no modelo da

^a Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2005. Geneva; 2005. Recém-nascidos nunca mais passarão despercebidos; p.95.

assistência obstétrica. O documento recomendava, por exemplo, a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas, a liberdade de escolha materna da melhor posição para o nascimento, a presença de acompanhantes no trabalho de parto e parto e o fim de certos procedimentos médicos durante o trabalho de parto (como o uso rotineiro da episiotomia e da indução medicamentosa do parto).¹³

A partir dessa conferência, ao argumentar que as menores taxas de mortalidade perinatal correspondem aos países que mantêm índice de cesárea abaixo de 10%, a OMS passou a afirmar que nada justificaria índices superiores a 10%-15%.⁴⁴ Publicada na revista *Lancet*, essa recomendação da OMS definindo a taxa ideal de parto cesáreo para o mundo,⁴⁴ limites referenciados até os dias atuais, pode ser criticada em virtude de não diferenciar países e regiões com características culturais e sistemas de saúde diversos. Tampouco foi atualizada, apesar das novas tecnologias disponíveis e de mudanças no comportamento da população feminina, que se inseriu mais fortemente no mercado de trabalho, do aumento na disponibilidade de informações – científicas ou não – sobre assuntos de saúde, bem como da tentativa de maior controle sobre seus horários por parte dos profissionais ocorridas no período.

O Comitê para Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em 1999, declarou não haver evidências científicas favoráveis à realização de cesárea por razões não médicas. Havia, desde aquela época, grande preocupação das entidades médicas com a elevação das taxas de cesárea por diversos fatores, como temor de médicos por litígios jurídicos desencadeados contra eles por pacientes, além de aspectos psicológicos e socioculturais das gestantes e incentivos financeiros para os médicos.²⁵

Em contraste com a orientação da Figo, nos Estados Unidos, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) declarou que, devido à ausência de evidências significativas sobre os riscos e benefícios do parto cesáreo, o médico daquele país estaria eticamente justificado a realizar a cesariana se concluísse que esse tipo de parto promoveria maior saúde e bem-estar à mulher e ao feto do que o parto vaginal. Além disso, esse órgão recomendou aos médicos norte-americanos que não realizassem o procedimento cirúrgico caso não concordassem com a solicitação das pacientes e não conseguissem convencê-las do contrário, encaminhando-as a outro profissional.⁴ Mais recentemente, o ACOG reforçou essa declaração ao emitir nova recomendação aprovando eticamente a realização de cesárea a pedido materno.³

Existem taxas ideais de cesárea?

Em quase todas as nações da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico dos Países Europeus (OECD),^b as taxas de cesárea ultrapassam as proporções de 10% a 15% recomendadas pela OMS em 1985.⁴⁴

Em alguns países africanos, observam-se baixos índices de cesárea.^a Esse fato é decorrente de falta de disponibilidade de assistência médico-hospitalar e de barreiras de acesso aos cuidados para a população. Em algumas regiões da África, estima-se que uma a cada 12 mulheres morre por causas obstétricas, possivelmente por restrição de acesso à assistência médica e hospitalar.³⁵ Essa situação ocorre em especial na região subsaariana, em países como Burkina-Faso, Ruanda e Etiópia.¹⁶

Para muitos autores, as taxas ideais propostas pela OMS em 1985 são meramente referenciais e não um objetivo normativo para os diversos países.⁶ Segundo o coordenador de saúde da família e da comunidade da OMS em 2001, essa recomendação era bastante razoável e estava baseada nas opiniões de especialistas e no conhecimento médico da época.⁶ Ele afirma que países com populações de alto risco (baixo nível de desenvolvimento socioeconômico) necessitariam de maior número de operações cesarianas do que são realizadas e que, em outras regiões, com populações de baixo risco, poderia haver abuso das cesáreas, necessitando-se identificar localmente a taxa ideal dessa intervenção.⁶

Modelos assistenciais e taxas de cesárea

Os fatores clínicos determinantes da cesárea parecem estar relacionados às condições patológicas de saúde maternas e fetais, que não diferem substancialmente nas diversas regiões do mundo.

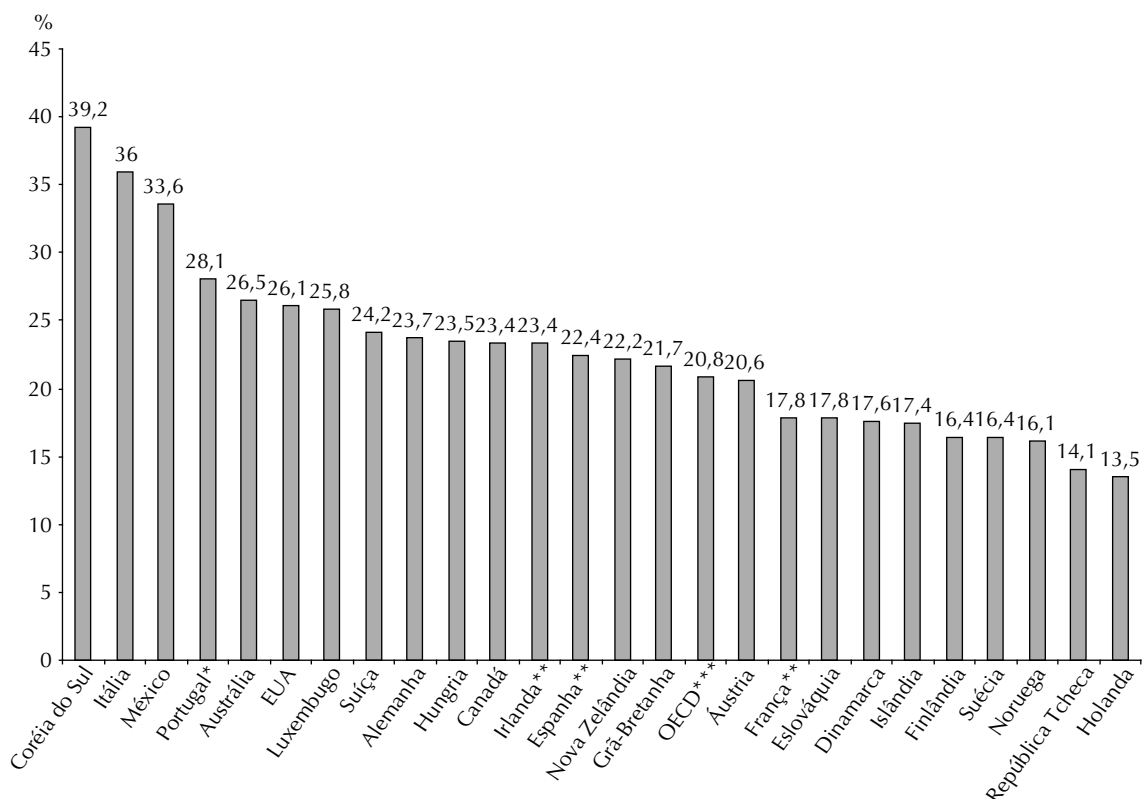
Em recente trabalho, Mendoza-Sassi et al³⁴ concluíram que fatores de risco para a cesárea não são consistentes quando analisados individualmente, sugerindo análise conjunta do comportamento médico e das pacientes no modelo assistencial.

A elevação das taxas de cesárea nos últimos vinte anos, bem como as diferenças observadas entre os países, deve ser contextualizada em função das características socioculturais, tanto quanto o modelo de saúde praticado, os quais poderiam influenciar a escolha pelo tipo de parto.⁶

Os modelos de assistência ao parto têm diferentes características que envolvem questões como: forma de remuneração dos profissionais de saúde, forma de financiamento do sistema, constituição de equipe assistencial, local de ocorrência do parto, conflito

^b Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance. OECD Indicators 2005. Paris; 2005.

^c Patah LEM. Por que 90%? Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV; 2008.



Fonte: adaptado de Health at a Glance. OECD Indicators 2005. Paris; 2005.

* Em Portugal, estão incluídos apenas partos em hospitais públicos; portanto, os resultados podem estar superestimados.

** Dados de 2001.

*** Os dados de OECD correspondem à média dos principais países desse grupo.

Figura 1. Proporção de cesáreas por 100 nascidos vivos. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico dos Países Europeus, 2005.

de interesses, reserva de mercado de trabalho, entre outras. O modelo adotado em determinada localidade exerce papel preponderante na escolha pelo tipo de parto, tanto pela parturiente quanto pelo profissional que atende ao parto. O modelo de assistência obstétrica é fator de extrema relevância na relação médico-paciente, nos incentivos econômicos, na utilização de tecnologia médica e na realização de parto cesáreo.^{21,22}

Os aspectos relacionados aos processos judiciais por má prática médica¹⁰ e a percepção dos médicos sobre o desejo materno pelo tipo de parto¹⁷ também fazem parte da organização da prática médica. Poucos trabalhos abordam aspectos econômicos e incentivos relacionados aos interesses médicos e sua decisão pela cesárea, que devem ser analisados em função do modelo de assistência médica e das formas de remuneração dessa prestação de serviços em determinado país, região ou clientela atendida.^{8,22}

Wagner⁴³ (2001) classificou os modelos de atenção ao parto adotados no mundo em três categorias:

- modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetristas, encontrado nos EUA, Irlanda, Rússia, República

Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil;

- modelo menos medicalizado, chamado “humanizado”, caracterizado pela maior participação de obstetristas e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos;
- modelo intermediário, encontrado na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália.

Em cada um desses modelos e países, há diversos comportamentos médicos e sociais, bem como taxas de cesárea.

No grupo de países com modelo de atenção altamente medicalizado, os Estados Unidos são onde mais se estuda a questão da incidência de cesarianas, por ser o procedimento cirúrgico mais comum entre as mulheres. Naquele país, a taxa de cesárea aumentou progressivamente de 1970 até meados da década de 1980, quando atingiu pico de 25%. Após esse pico, houve redução para 22,6% em 1991 e para 20,7% em 1996, determinada pelo incremento dos partos vaginais em mulheres com cesárea anterior, incentivados por programas

Tabela. Proporção de cesáreas por 100 nascidos vivos em países selecionados. 1990-2005.

País	1990	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bélgica	10,5			15,9					17,8	
França				16,1	17,1	17,9	18,7	18,8		
Holanda	7,4						13,5		13,6	
Inglaterra	11,3	15,4	17			22		23	22,7	
Canadá		17,5			20,9		23,4			26,1
Austrália	17,5				23,3		26,5			
Alemanha				19,8	20,9	22	23,6	24,8	25,9	

Fonte: adaptado de World Health Organization.

governamentais. A partir desse ano, as taxas voltaram a crescer, devido ao aumento da frequência do procedimento em mulheres sem cesárea anterior (cesárea primária) e redução de parto vaginal em mulheres com cesárea prévia. Em 2000, atingiram 22,9%,³² crescendo continuamente até 2004, quando 1,2 milhão de mulheres passaram por cesárea, representando 29,1% de todos os nascimentos.^{23,33} Os estudos norte-americanos atribuem esse fato à prática médica defensiva, que corresponde a médicos receosos de processos judiciais por má prática, e à escolha do tipo de parto pela paciente.¹⁹ Os últimos dados relatam nova elevação das taxas, com aproximadamente 31,8% em 2007.^{11,a}

Nos Estados Unidos, o modelo de assistência se caracteriza pela atuação de obstetras nos cuidados da maternidade, incluindo o acompanhamento pré-natal e a assistência ao parto normal ou cesáreo, em sua maioria no ambiente intra-hospitalar. Enquanto as pacientes de serviços privados são atendidas por médicos de sua escolha, aquelas dos serviços públicos o são pelo obstetra de plantão nas maternidades. Nesse modelo, a incidência de cesáreas nos serviços privados pode ser devida à conveniência médica,⁴² seja pela falta de tempo e gerenciamento da agenda, seja pelo modelo de remuneração. Há melhor remuneração para o médico que atende mulheres com seguros privados, condição em que se realizam mais cesáreas, do que para aquele que presta assistência pelo sistema público de saúde americano.²² Ou seja, as pacientes com seguro escolhem o médico; as que procuram o setor público são atendidas por quem está lá. No primeiro caso, é possível planejar a cesárea, no segundo não.

As cesáreas a pedido aumentaram 42% nos EUA^d entre 1999 e 2002, o que motivou a realização de uma conferência sobre esse tema pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH) para analisar riscos e benefícios dessa prática.⁴⁰ Os participantes declararam que:

- há insuficientes evidências para avaliar riscos e benefícios de cesárea a pedido materno quando comparada ao parto vaginal, qualquer decisão para realizar cesárea a pedido deve ser cuidadosamente individualizada e contemplar princípios éticos;
- devido aos riscos de placenta prévia e acreta (alterações na localização e na aderência da placenta no interior do útero durante a gestação), a cesárea a pedido não é recomendada para mulheres que desejam muitos filhos;
- cesárea a pedido não deve ser realizada antes de 39 semanas de gestação ou sem verificação da maturidade fetal pulmonar.

Essas declarações, interpretadas como estímulo à “naturalização” do parto cesáreo, causaram grande polêmica em entidades de enfermagem daquele país.^{27,30}

Na Europa, muitos países apresentam elevação das taxas de cesárea desde a última década do século XX, embora não apresentem modelos assistenciais homogêneos (Tabela). Nesse continente, há regulamentação própria para o trabalho das parteiras,^e cuja autonomia e liberdade de atuação não são iguais em todos os países.

Holanda e Grã-Bretanha mostram-se mais favoráveis à atuação das parteiras, enquanto na Bélgica, um dos países classificados por Wagner como altamente medicalizado, elas lutam para exercer sua profissão.³¹

Na Bélgica, a organização do sistema de saúde oferece incentivos financeiros que encorajam obstetras a realizar os partos, remunerando-os por procedimento. Nesse país, embora essas atividades pudessem ser executadas por parteiras oficialmente habilitadas para esse trabalho, 94% dos partos são executados ou supervisionados por médicos obstetras.³¹ Apesar de as taxas

^d Health Grades. Number of “patient choice” c-sections rises by 25 percent. Health Grades Study Finds. New York; 2004[citado 2007 set 22]. Disponível em: <http://www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/PatientChoiceCSectionsRiseJune2004.pdf>

^e European Parliament European Council. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. *Off J Eur Union*. 2005 Sept 30[citado 2007 out 25]:1-121. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2005/L_255/L_25520050930en00220142.pdf

^f World Health Organization. World Health Statistics. Paris; 2007[citado 2007 dez 10]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2007.pdf>

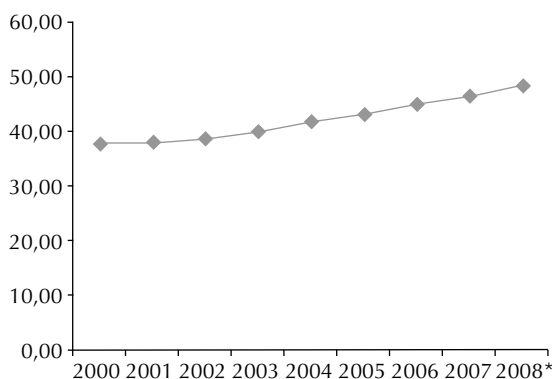
de cesárea serem baixas, estas passaram de 10,5% em 1990 para 15,9% em 1999, aumentando progressivamente até 17,8% em 2004.^b

Observa-se na França, cuja assistência à saúde é garantida pelo Estado, o mesmo fenômeno de crescimento, embora em menor velocidade. Em 1999, apresentava taxas de cesárea de 16,1%, passando a 18,8% em 2003.^f

Entre os países com menor intervenção médica na atenção ao parto, a Holanda é destaque por sua reduzida taxa de cesárea comparada aos demais países desenvolvidos. Nesse país, a frequência de intervenções médicas é pequena e cerca de 30% dos partos de baixo risco ocorrem no domicílio da gestante. A assistência obstétrica é realizada por parteiras que, quando suspeitam que poderá haver complicações no parto, encaminham a parturiente para o hospital. O modelo holandês tem sido usado para indicar que a assistência ao parto fora do hospital e efetuada por parteiras traz bons resultados.²⁶ Porém, também na Holanda observa-se aumento das taxas de cesárea, tendo passado de 7,4%, em 1990 para 13,5% em 2002, mantendo-se em 13,6% em 2004.^g

Entre os países caracterizados por um modelo intermediário entre o uso intensivo de tecnologia médica e a assistência pouco intervencionista, Grã-Bretanha, Canadá e Alemanha vêm analisando a incidência de cesáreas e suas causas. Nesses países, o modelo assistencial baseia-se na participação de parteiras e médicos generalistas no atendimento à gestante, porém com menor tendência ao deslocamento do parto para o ambiente domiciliar que na Holanda. Entre as inglesas, observou-se que a taxa dessa cirurgia passou de 11,3% em 1989-1990, para 15,4% em 1994-1995, e para 17,0% em 1997-1998^h, atingindo 22% e 23% em 2003-2004.ⁱ Esse aumento pode ser atribuído à conduta médica defensiva pelo receio de processos jurídicos por erros médicos, ao aumento da idade materna⁹ e à melhora do nível socioeconômico da população.²

O Canadá apresenta um sistema de saúde público que assiste a toda a população. Os partos são realizados por médicos e parteiras e financiados pelo governo. Em 1995, realizaram-se nesse país 17,5% de cesáreas, passando para 20,9% em 2000 e 23,4% em 2002.³⁸ Preocupado com essa elevação, em 2000, o Conselho de Saúde da Mulher de Ontário organizou Grupo de



Fonte: DATASUS

*dados preliminares de 2008.

Figura 2. Proporção de cesáreas por 100 nascidos vivos. Brasil, 2000-2008.

Trabalho de Cesárea, identificando 12 fatores críticos para reduzir essas taxas, entre os quais questões relacionadas à mudança de cultura (reforçando a idéia de o parto normal ser fisiológico), ao trabalho em equipe multidisciplinar e à mudança das práticas obstétricas.^j

A Alemanha tem apresentado aumento nas taxas de cesárea, partindo de 19,8%, em 1999, passando para 20,9% em 2000 e chegando a 25,9% em 2004.^b Nesse país, desenvolvido economicamente, o sistema de saúde é assegurado pelo Estado por meio de fundos de contribuição (fundos de doença) que garantem o seguro-saúde à população. O financiamento e provisão de serviços de saúde estão baseados em contratos entre os fundos de doença e as organizações de provedores médicos.

Modelo assistencial brasileiro

O Brasil apresenta elevadas taxas de cesárea, ainda crescentes no decorrer dos anos: de 38,9%, em 2000, a 46,5%, em 2007. Dados preliminares de 2008 indicam 48,4% (Figura 2).^k

Vigora no Brasil um modelo de atenção ao parto definido como evento médico ou tecnológico, segundo o qual a gestante é tratada como paciente, os nascimentos são, em sua maioria, hospitalares e o médico é o profissional responsável pela sua execução.¹⁴ Hotimsky et al²⁴ identificam que as taxas de cesárea apresentam como forte componente desencadeador de que forma se

^a World Health Organization. Regional Office for Europe Caesarean section per 1000 live births. European health for all database (HFA-DB). Copenhagen; 2006[citado 2009 out 31]. Disponível em: <http://www.inisphoedata.ie/phis/indicators/tables.php?resID=855>

^b Scotland. Department of Health. Why mothers die. Report on confidential enquires into maternal deaths in the United Kingdom, 1997-1999. Edinburgh; 2001. [citado 2007 fev 10]. Disponível em: http://homepages.ed.ac.uk/asb/SHOA2/confidential_enquiries.htm

^c Scotland. Department of Health. Government Statistical Service, 2005. NHS Maternity Statistics, England: 2003-2004. Edinburgh; 2005[citado 2009 set 22]. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4107060 (Statistical Bulletin, 2005/10).

^d Caesarean Section Working Group. Attaining and maintaining best practices in the use of caesarean sections. Toronto: Ontario Women's Health Council; 2000. [citado 2007 set 12]. Disponível em: http://www.echo-ontario.ca/echo/images/PDFs/d_stream/sexual-and-reproductive-health/owhc_rs_csectionbestpractices_en.pdf

^e Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações em saúde. Brasília; 2008 [citado 2009 nov 10]. Disponível em: www.datasus.gov.br

organizou a assistência obstétrica no sistema de saúde, público e privado, em que se observam duas realidades bem distintas, cada uma com seu modelo característico de assistência ao parto.

Há parcela pequena da população, correspondente a 25,9%, que possui planos ou seguros-saúde¹ e, em função disso, pode escolher os profissionais médicos que desejar e negociar com eles o tipo de assistência médica que lhe convém. Essa clientela, assistida pelo Sistema de Saúde Suplementar ou que assume diretamente as despesas em saúde, geralmente é atendida pelo mesmo médico tanto no pré-natal como durante o parto, mantendo estreito relacionamento médico-paciente. Na clínica privada é freqüente o acompanhamento minucioso do pré-natal pelo médico que vai realizar o parto. Entretanto, para Hotimsky et al,²⁴ a sobrecarga na jornada de trabalho do obstetra, que inclui atividades em consultório particular, plantão em hospitais públicos, atendimento ao parto em hospitais privados e, às vezes, atividades de ensino e pesquisa, faz com que esse profissional não disponibilize seu tempo para aguardar o trabalho de parto, favorecendo a decisão pela cesariana. O atendimento é pago pela mulher, diretamente ou por meio de planos de saúde aceitos pelo hospital. O modelo de assistência médica privada baseia-se na estreita relação médico-paciente, em que a mulher pode escolher o profissional, o que favorece a realização da cesárea eletiva, supondo-se que isso garantiria à paciente a assistência por seu médico.²¹ Essa clientela, em geral, não aceita ser assistida por outro profissional no momento do parto.^b

A maior parte da população brasileira, porém, é atendida pelo SUS, que presta serviços de assistência médica pelo serviço público, ambulatorial e hospitalar. Hotimsky et al²⁴ entendem que gestantes sem acesso a convênios médicos ou serviços particulares freqüentemente não têm a chance de escolher o médico que irá assisti-las e, provavelmente, não terão poder de negociação sobre o tipo de parto de sua preferência ou a forma de atendimento que desejam. De maneira corriqueira, o parto é atendido por um profissional médico diferente daquele que fez o pré-natal. Essa desvinculação entre pré-natal e parto no serviço público pode ser considerada fator contribuinte para a realização de cesáreas, em função da ausência de informações, no momento do parto, sobre a gestação atual e as anteriores. Além disso, esse médico, geralmente de plantão nos hospitais que atendem pelo SUS, não estabelece relação adequada com as parturientes por não as ter conhecido previamente.²⁴

Há relatos de que, em alguns hospitais públicos, não é habitual que parturientes permaneçam em evolução de trabalho de parto entre um turno de plantão e outro, prevalecendo a conduta de que todos os casos devem “ser resolvidos” no próprio plantão.^m

O aumento das taxas de cesariana no Brasil, observado predominantemente a partir de 1970, ressalta a importância de identificar e estudar os fatores associados à decisão pelo tipo de parto. Na cadeia de assistência ao parto há diversos agentes, interessados e atuantes, influenciando todo o processo assistencial. Esses atores, incluindo médicos, pacientes e seguradoras (seguros de saúde para pacientes e seguros para médicos contra processos por má prática médica), além dos hospitais e do governo, por meio de políticas de saúde, determinam a utilização de procedimentos médicos, o que torna necessário identificar a motivação de cada ator e seu efeito sobre esse uso.⁴¹

No sistema privado de saúde, algumas questões, características de regiões metropolitanas e grandes centros urbanos do Brasil vêm tornando a relação médico-paciente mais complexa e conflituosa, como a interposição dos planos de saúde intermediando as relações contratuais entre cliente e médico, a maior participação da sociedade civil por meio dos movimentos de aumento de cidadania e busca de direitos humanos e o maior acesso às informações por parte dessa clientela.

O acesso às informações tem aumentado em todo o mundo, inclusive no Brasil, com conseqüentes mudanças nas decisões do cuidado à saúde. Anos atrás, os pacientes apresentavam seus sintomas aos médicos, que estabeleciam o diagnóstico e então recomendavam o tratamento. Usualmente, as recomendações eram aceitas pelas pacientes sem mais questionamentos. As decisões eram delegadas apenas à equipe médica. Em contraste, atualmente, na primeira visita pré-natal, abre-se discussão sobre o planejamento do nascimento, incluindo preferências pela anestesia, episiotomia, uso de fórceps, parto cesáreo, amamentação e outros aspectos relevantes para a cliente, que hoje dispõe de acesso a essas informações.⁴

Atualmente, quase um quarto dos nascimentos do Brasil ocorre nos serviços hospitalares privados, e as taxas de cesárea no sistema de saúde privado atingem proporções ao redor de 80%.ⁿ Já no sistema público, que oferece assistência à maioria da população, as taxas de cesárea chegam em média a 35%.^o No sistema público, os partos são realizados por médicos plantonistas, sem

¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2008 abr 9]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>

^m Freitas PF. The epidemic of caesarean sections in Brazil, factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil. [doctoral thesis]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1999.

ⁿ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar. Brasília; 2006 [citado 2007 mar 25]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp

^o Ministério da Saúde. MS capacita profissionais para atender mães e bebês. Brasília; 2009. [citado 2009 jun 5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10229

vínculos com as pacientes e com remuneração que independe, na maioria das vezes, da quantidade e do tipo dos partos realizados. Refletindo essa dualidade dos sistemas de saúde, observa-se no país grande disparidade regional das taxas de cesárea. Nas regiões em que a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesárea também o são. As regiões Norte e Nordeste apresentaram em 2006 incidência de cesárea da ordem de 34,6% e 33,8% respectivamente, enquanto no Centro-Oeste, Sudeste e Sul realizaram-se 50,6%, 53,1% e 51,3% desse procedimento.^o As regiões Norte e Nordeste apresentaram cobertura de planos de saúde de 38,2% e 37,3% para a população, respectivamente. Já as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram as seguintes proporções de cobertura pelo sistema de saúde suplementar: 53,3%, 54,4% e 53%.^p

Mesmo com realidades distintas, os dois modelos assistenciais apresentam elevadas taxas de cesárea, garantindo ao Brasil posição de destaque mundial nesse tema. Observa-se que, no setor público de saúde, embora o atendimento seja em sua maioria realizado pelo médico, esse modelo é semelhante ao de muitos países europeus, pois o parto é realizado por um profissional vinculado à instituição hospitalar, remunerado por carga de trabalho, e não por produção de serviços (exceto em alguns casos em que há pagamento por produtividade). Apesar dessa semelhança, as taxas de cesárea brasileiras são diferentes das européias. Dias & Deslandes¹² definem como paradoxal a relação entre as taxas de cesárea em serviços públicos do Rio de Janeiro e a organização da prática obstétrica nesse sistema. Nessas maternidades, o atendimento é gratuito e a remuneração dos profissionais não varia de acordo com o tipo de parto; os médicos trabalham em equipe na qual, teoricamente, as limitações técnicas de um poderiam ser compensadas pela *expertise* de outro plantonista, reduzindo a probabilidade de se optar por não realizar parto vaginal devido a limitações na sua formação profissional. Tampouco o tempo de evolução do trabalho de parto deveria pressionar os profissionais no sentido de acelerar o nascimento, já que estes trabalham em regime de plantão, com horários determinados, e os cuidados com a paciente deveriam ser continuados por uma nova equipe ao fim de sua jornada de trabalho. As hipóteses, para esses autores, foram que as taxas de cesarianas das maternidades públicas são maiores do que as esperadas porque as indicações cirúrgicas são também regidas por questões ligadas à formação médica e às tendências culturais da

assistência, temas de grande complexidade na questão da prática obstétrica.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevação das taxas de cesárea é um fenômeno mundial desde as últimas décadas do século XX. Concomitantemente, um número significativo de trabalhos acadêmicos e análises não acadêmicas tem sido publicado, analisando a questão sob diferentes pontos de vista.^{1,5,9,39} Observa-se também que esses estudos estão vinculados a contextualizações localizadas, que se baseiam particularmente no modelo assistencial obstétrico e nas características socioculturais das mulheres assistidas nesses locais.

Seria simplista, como relatado em alguns trabalhos, apenas responsabilizar a decisão médica pelas elevadas taxas de cesárea, ignorando aspectos do relacionamento médico-paciente, bem como aspectos do contexto social e do atual modelo assistencial, público ou privado, de cada país.³⁶ Portanto, o estudo das taxas de cesárea sob qualquer prisma de análise terá necessidade dessa contextualização sociocultural e econômica da população estudada, avaliando os interesses de todos os envolvidos nessa cadeia assistencial. Para d'Orsi et al,¹⁵ é preciso rever a forma de organização da prática obstétrica para que ocorram mudanças na assistência ao parto, buscando respeitar a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os envolvidos.

Não há evidências claras sobre qual seria a proporção adequada de partos por cesariana. Observa-se que, em muitos locais do mundo, taxas dessa cirurgia são superiores às aquelas preconizadas há 25 anos pela OMS. Porém, o “bom parto”, seja ele vaginal, seja cesáreo, deve ser aquele que assegure o bem-estar da mãe e do recém-nascido.³⁷ As decisões pelo tipo de parto devem considerar as preferências das gestantes, desde que elas tenham condições de escolher, de forma isenta, aquele que melhor lhes convém. Além disso, as análises das taxas de cesárea não devem estar descoladas do modelo assistencial em vigor, tampouco das características sociais e culturais de determinada sociedade. Portanto, sugerimos que o modelo de assistência obstétrica definido por um determinado país, estado, região ou financiador, constituído, dentre outros fatores, pela relação médico-paciente, pelos incentivos econômicos e pela utilização de tecnologia médica, terá extrema relevância na realização de parto cesáreo.

^p Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2009. Disponível em [HTTP://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2009/f15.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2009/f15.def)

REFERÊNCIAS

1. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;73(1):1-4. DOI:10.1016/S0301-2115(96)02692-9
2. Alves B, Sheikh A. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *Br J Obstet Gynaecol.* 2005;112(7):994-6.
3. American Congress of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. ACOG Committee Opinion #321: Maternal decision making, ethics, and the law. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5Pt1):1127-37.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Obstet Gynecol.* 2003;102(5Pt 1):1101-6. DOI:10.1016/j.obstetgynecol.2003.09.030
5. Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'orsi E, et al. Parto cesáreo: Quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saude Publica.* 2003;19(6):1611-20. DOI:10.1590/S0102-311X2003000600006
6. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy Plan.* 1986;1(1):19-29. DOI:10.1093/heapol/1.1.19
7. Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective caesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(3):262-6.
8. Bost BW. Cesarean delivery on demand: what will it cost? *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(6):1418-23. DOI:10.1067/mob.2003.455
9. Cesarean section on the rise. *Lancet.* 2000;356(9423):1697. DOI:10.1016/S0140-6736(00)03196-2
10. Chandrharan E, Arulkumaran S. Medico-legal problems in obstetrics. *Curr Obstet Gynaecol.* 2006;16(4):206-10. DOI:10.1016/j.curobgyn.2006.05.003
11. Centers for Disease Control and Prevention. National Vital Statistics System. Birth Data 2007. Disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/births.htm>.
12. Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município de São Paulo. *Cad Saude Publica.* 2004;20(1):109-16. DOI:10.1590/S0102-311X2004000100025
13. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Coletiva.* 2005;10(3):627-37. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019
14. Domingues RMS, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica.* 2004;20Suppl1:S52-62. DOI:10.1590/S0102-311X2004000700006
15. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica.* 2005;39(4):646-54. DOI:10.1590/S0034-89102005000400020
16. Dumond A, de Bernis L, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Caesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet.* 2001;358:1328-334.
17. Faúndes A, Pádua KS, Osís MJD, Cecatti JG, Souza MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saude Publica.* 2004;38(4):488-94. DOI:10.1590/S0034-89102004000400002
18. Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean at term? *N Engl J Med.* 1985;312(19):1264-7. DOI:10.1056/NEJM198505093121926
19. Flamm BL. 2004 C-section rate is all-time U.S. high at 29%: medical, legal, and choice issues combine. *Obstet Gynecol News.* 2004;40:1-3.
20. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2005;39(5):761-7. DOI:10.1590/S0034-89102005000500010
21. Gomes UA, Silva AM, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing cesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol.* 1999;28(4):687-94. DOI:10.1093/ije/28.4.687
22. Grant D. Explaining source of payment differences in U.S. cesarean rates: why do privately insured mothers receive more cesareans than mothers who are not privately insured? *Health Care Manag Sci.* 2005;8(1):5-17. DOI:10.1007/s10729-005-5212-7
23. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. National Vital Statistics Report. Births: data for 2007. *Natl Vital Stat Rep.* 2007;57(12):1-23.
24. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bogus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saude Publica.* 2002;18(5):1303-11. DOI:10.1590/S0102-311X2002000500023
25. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *J Obstet Gynecol Res.* 1999;25(4):5-9.
26. Kwee A, Cohlen BJ, Kahnai HH, Bruinse HW, Visser GH. Caesarean section on request: a survey in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;113(2):186-90. DOI:10.1016/j.ejogrb.2003.09.017
27. Leeman ML, Plante LA. Patient-choice vaginal delivery? *Ann Fam Med.* 2006;4(3):265-8. DOI:10.1370/afr.537
28. Lurie S, Glezerman M. The history of cesarean technique. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(6):1803-6. DOI:10.1016/S0002-9378(03)00856-1

29. Lurie S. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;271(4):281-5. DOI:10.1007/s00404-005-0724-4
30. McCandlish R. Meeting maternal request for caesarean section: paving the road to hell? *Midwifery*. 2006; 22(3):204-6. DOI:10.1016/j.midw.2006.06.002
31. Mead M, Bogaerts A, Reyns M. Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour, in the Flanders, Belgium. *Midwifery*. 2007;23(4):361-71. DOI:10.1016/j.midw.2006.05.003. 2006
32. Menacker F, Curtin SC. Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991-99. *Natl Vital Stat Rep*. 2001;49(13):1-15.
33. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends and epidemiology. *Semin Perinatol*. 2006;30(5):235-41. DOI:10.1053/j.semperi.2006.07.002
34. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):80-9. DOI:10.1590/S0034-89102010000100009
35. Okonofua F. Optimising caesarean-section rates in west Africa. *Lancet*. 2001;358(9290):1289. DOI:10.1016/S0140-6736(01)06456-X
36. Osis MJD, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(Suppl 1):S59-66. DOI:10.1016/S0020-7292(01)00518-5
37. Rezende J. Operação cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1969. Obstetrícia; p.952-91.
38. Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KB. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*. 2009;36(3):208-12. DOI:10.1111/j.1523-536X.2009.00331.x
39. Shearer EL. Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc Sci Med*. 1983;37(10): 1223-31. DOI:10.1016/0277-9536(93)90334-Z
40. State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consens State Sci Statements*. 2006;23(1):1-29.
41. Turcotte L, Robst J, Polachek S. Medicaid coverage and medical interventions during pregnancy. *Int J Health Care Finan Econ*. 2005;5(3):255-71. DOI:10.1007/s10754-005-1789-0
42. Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet*. 2000;356(9242):1677-80. DOI:10.1016/S0140-6736(00)03169-X
43. Wagner M. Fish can't see water. The need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(Suppl 1):S25-37. DOI:10.1016/S0020-7292(01)00519-7
44. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2(8452):436-7.

Artigo baseado na tese de doutorado de Patah LEM, apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas em 2008.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.