



USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS
À CESARIANA NA CIDADE DE ARACAJU,
SERGIPE, BRASIL**

ORIENTADORA: Prof. Dr^a HELOISA BETTIOL

2010

SÃO PAULO

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

Maria Cláudia Tavares de Mattos

Ribeirão Preto/ SP

2010

MARIA CLÁUDIA TAVARES DE MATTOS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À CESARIANA
NA CIDADE DE ARACAJU, SERGIPE, BRASIL**

Tese de doutoramento apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADORA: Prof. Dr^a HELOISA BETTIOL

**Ribeirão Preto
2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste Trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que seja citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA (provisória)

Mattos, Maria Cláudia Tavares

Prevalência e fatores associados à cesariana na cidade de Aracaju, Sergipe, Brasil. Ribeirão Preto, SP, 2010.
137 p; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Bettiol, Heloisa.

1. Cesarea 2. Prevalência 3. Fatores de risco

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Tema: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À CESARIANA NA CIDADE DE ARACAJU, SERGIPE, BRASIL

Aluna: MARIA CLÁUDIA TAVARES DE MATTOS

Orientadora: Prof^a. Dr^a. HELOISA BETTIOL

Comitê de Avaliação:

1.

2.

3.

4.

5.

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas.

Data: 22/04/2010

Dedicatória

A meus filhos, **Raoni, Nathália e Victoria**, que trazem luz para minha vida, um amor sem limites. Vocês souberam compreender todas as minhas buscas – as existenciais e as teóricas – sendo atentos, ternos, poemas. A minha mãe **Celeste**, exemplo de abdicção, eu te amo mãe. A **Gilson**, marido e maior fã, que me dá a força dos fortes.

Vocês são a lição mais profunda que vivi de ética,
dignidade e amor...

Agradecimentos

Considero que a elaboração de uma tese de doutorado é um produto coletivo embora sua redação, responsabilidade e *stress* seja predominantemente individual. Várias pessoas contribuíram para que este trabalho chegasse a bom termo. A todas elas registro minha gratidão.

À Prof. Dra. Heloisa Bettiol, que tive a oportunidade de conhecer e descobrir que pauta sua vida por trabalho, sem perder a ternura jamais. A sua disponibilidade irrestrita, sua forma exigente, crítica e criativa de argüir as idéias apresentadas, creio que deram norte a este trabalho, facilitando o alcance de seus objetivos. À Helô meus irrestritos agradecimentos.

Ao Prof. Dr Marco Antônio Barbieri, patrimônio das Ciências da Saúde brasileira, que contribuiu de forma intensa na minha incursão no doutorado e de outras dezenas de profissionais da saúde neste país. Eterno mestre, pelo seu exemplo de vida, nossos eternos agradecimentos.

Ao Professor Doutor Ricardo Gurgel, exemplo de dedicação e sentido de pertinência pela Universidade Pública, que tem sido de uma disponibilidade incondicional sempre que procurado para tratar da formação dos docentes da UFS, nossos efusivos agradecimentos pela sua participação na minha incursão no doutorado, nunca esquecerei...

O Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq - que me concedeu uma bolsa durante a realização deste doutorado, fato este que muito contribuiu para viabilização desta tese. Portanto, deixamos aqui expressos nossos agradecimentos.

À Universidade Federal de Sergipe (UFS), pelo incentivo à política de qualificação de docentes, apoio e liberação institucional que permitiram a realização deste estudo. As minhas colegas do Departamento de Enfermagem da UFS: Aglaé,

Alzira, Amândia, Ana Cristina, Ana Dorcas, Cássia, Edilene, Flávia, Joseilze, Lausimary, Leila, Lígia, Maria Auxiliadora, Maria do Carmo, Rita e Wilma, pela compreensão relativa à minha ausência temporária de nossas atividades, só tenho a dizer-lhes que podem contar comigo. Eu tô voltando...

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (discentes, docentes e funcionários técnicos-administrativos) pela acolhida e significativa contribuição à minha formação, o meu muito obrigada. Dentre estes, gostaria de fazer especial menção as MENINAS da SECRETARIA que, me possibilitaram pensar que estava em casa.

Devo também agradecer às entidades de classe da minha categoria - ENFERMAGEM - pelas lutas vividas. Estas entidades são a Associação Brasileira de Enfermagem, na pessoa da colega Maria Aparecida Santana, Presidente da seção Sergipe; Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SE-, na pessoa da colega Irene Ferreira, presidente e o Sindicato dos Enfermeiros de Sergipe - SEESE, na pessoa da colega Flávia Brasileiro, presidenta.

A Maria Pontes, que a muito deixou de ser apenas uma amiga e passou a ser a minha irmã. Só você pra chorar junto quando meus filhos ligavam ou mesmo quando passamos o dia das mães, longe das homenageadas e no meu caso longe da prole. Não vou falar só de coisas tristes, mas das descobertas que fizemos juntas (acadêmicas e outras mais...). Maria sem você eu não teria conseguido... Agradecer, agradecer, agradecer... Gostaria de te dizer que sinto saudades, foi um aprendizado o tempo que passamos lá.

Ao odontólogo e por vezes estatístico e ainda grilo falante (sempre me chamando a ver o invisível) Josenilton pelo seu apoio e dedicação nesse momento crucial da minha vida profissional, também expresse meus agradecimentos. Ficou menos pesado com a sua ajuda...

Aos meus pais (Gilson e Celeste), pela sólida formação dada, que me impulsionou a continuidade nos estudos até a chegada a este doutorado, meus

eternos agradecimentos. Em especial a minha mãe que sempre me mostrou através do seu exemplo, que a leitura é fundamental.

A Fernanda (minha irmã e mãe dos meus filhos), nem sei como falar de alguém que assumiu na minha ausência: levar as meninas ao médico, assistir as intermináveis apresentações de Ginástica das meninas, levá-las a escola e as festinhas também, consolar quando Vic chorava dizendo que talvez eu não voltasse, pois ela tinha sonhado com algo terrível (ela só contava a você) e ainda assim sempre lembrar as minhas filhas que a mãe delas adoraria estar ali e que logo, logo eu voltava, mesmo ainda faltando 30 dias. OBRIGADA!

As minhas queridas avós Celina (in memoriam) e Lourdes, cada uma do seu jeito me ensinou muito e mais que isso torce por mim. Obrigada pelos conselhos, ajudas de todas as formas.

À Alzira Neri, amiga querida de longa data, sempre prestativa a rever meus textos com competência e minúcias, próprias das pessoas comprometidas, a Ana Dorcas Inagaki, enfermeira obstetra, que tantos subsídios teóricos me encaminhou, também muito contribuiu na construção desse trabalho, que como ela própria diz adoraria esse tema, deixo aqui meu afetivo muito obrigado. Gabryella Garibaldi, terna, amiga de todas as horas, você sabe ser amiga como poucos sabem.

À minha família, ela inteira (avó, pais, irmãs, irmãos, cunhadas, cunhados, sogra, sobrinhos, tias, primos, primas) pelo acompanhamento e apoio, pela compreensão de que uma eterna estudante em final de jornada não tem tempo nem para respirar, que dirá para acompanhar as conversas, as dúvidas... Obrigada por compreenderem.

Aos meus amigos, relegados a segundo plano por conta da vida de gente grande, mas que nunca deixaram de estar ao meu lado (mesmo que fosse por e-mail). Edileuza, você há muito tempo deixou de ser amiga pra ser anjo da guarda, obrigada sempre. Jorge e João foram tantas as contribuições, a cada um de vocês meu eterno agradecimento.

A minha trupe (Gilson, Raoni, Nath e Vic) e hoje com mais um elemento Carol, sem vocês eu não conseguiria, a vocês além de agradecer eu tenho que me desculpar publicamente pelo que minha ausência pode ter causado. Eu amo a todos sem limites.

Epígrafe

O conhecimento nos faz responsáveis.
[Che Guevara](#)

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência e os fatores associados ao parto cesáreo em uma coorte de nascidos vivos na região metropolitana de Aracaju, SE, Nordeste do Brasil.

Método: estudo de caráter observacional, analítico, de corte transversal, realizado na região metropolitana de Aracaju, constituída de quatro municípios: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão. Foram aplicados questionários a uma amostra de 4746 puérperas de feto único nos hospitais de Aracaju, onde ocorre praticamente a totalidade dos partos da região metropolitana. Foram obtidas informações sobre município de procedência, idade, escolaridade e situação conjugal materna, renda familiar, tipo de internação para o parto, tipo de maternidade, número de gestações, cesárea e aborto prévios, adequação do pré-natal, hipertensão na gestação atual, dia da semana e hora de nascimento. A associação dessas variáveis com o tipo de parto foi avaliada por meio de regressão logística múltipla.

Resultados: 31,6% dos partos foram cesáreos. Os fatores que mais influenciaram para a decisão por cesárea foi a mulher já haver realizado duas ou mais cesáreas em parto anterior (OR: 83,35), uma cesárea anterior (OR: 24,85) e o aborto anterior relatado (OR: 1,33), excluídas as primíparas. A categoria de internação no sistema privado e a hipertensão na gravidez atual foram importantes fatores de risco (OR: 7,28; OR: 2,00, respectivamente) para cesariana. Foram fatores associados com menor frequência de cesáreas: a escolaridade materna até 4 anos de estudo (OR:0,62) e de 5 a 8 anos de estudo (OR:0,77), a idade materna jovem (OR: 0,50 para < 20 anos), a renda familiar de $1 \leq 3$ SM (OR:0,81), mães que não fizeram pré-natal (OR:0,46) ou fizeram pré-natal inadequado (OR:0,65), partos ocorridos aos sábados (OR:0,70) e entre 00:00 e 05:59 (OR:0,65) e mães com quatro gestações ou mais (OR:0,57).

Conclusões: Conclui-se que fatores não médicos ofereceram risco para a ocorrência de cesáreas nesta população. Duas ou mais cesáreas prévias, aborto anterior e hipertensão arterial representaram os fatores médicos associados com a cesariana, além de serem os de maior prevalência.

Palavras-chave: Cesárea, prevalência, fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence and the factors associated to cesarean section (CS) in a birth cohort from the metropolitan region of Aracaju, SE, Northeast of Brazil.

Methods: This is an observational, analytical, cross-sectional study held in the metropolitan region of Aracaju, constituted of four towns: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro and São Cristovão. Questionnaires were applied to a sample of 4746 women who gave birth to a singleton liveborn in the hospitals in Aracaju, where practically the totality of deliveries take place in the metropolitan region. Information was obtained about the town of origin, maternal age, formal education and marital status, familiar income, type of admission to the delivery, type of maternity, number of gestations, previous cesarean and abortions, adequacy of prenatal care, arterial hypertension in the current pregnancy, day of the week and time of birth. The association of these variables with the type of birth was evaluated by multiple logistic regression. **Results:** CS rate was 31.6%. The occurrence of two or more CS in previous birth (OR: 83.35), one CS previous (OR:24.85), previous abortions (OR: 1,33) deleted first gestation were the factors most associated to CS. Birth in private hospitals (OR: 7.28) and high blood pressure (OR: 2.00) represent the medical factors associated to CS. The less frequent factors associated to CS: low socioeconomic level represented by education (OR: 0.62 until four years of instruction) and low income (OR: 0.81 for <1 minimum wage), CS performed during early morning (OR:0.65) and during weekends (OR: 0.70 on Saturdays). **Conclusions:** We conclude that non medical factors represented risk to the occurrence of CS in this population. Two or more CS in previous birth, previous abortions and high blood pressure were the medical factors associated to CS.

Key words: Cesarean section, prevalence, risk factors

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APNCU – Adequação da Utilização dos Cuidados

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DHS – Demographic and Health Surveys (Pesquisa de Demografia e Saúde)

DP– Desvio Padrão

DUM – Data da Última Menstruação

ESF– Equipe Saúde da Família

FGV – Fundação Getúlio Vargas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ICV– Índice de Condições de Vida

IG – Idade Gestacional

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Pan Americana da Saúde

P – Prevalência

PADCT – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

RC – Razões de Chance

RP – Razões de Prevalência

RN – Recém Nascido

SM – Salários Mínimos

SINASC – Sistema de Informação dos Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

WHO – World Health Organization

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1 Distribuição das características sócio-demográficas maternas ao comparar tipos de parto. Aracaju, SE, 2005.....	69
Tabela 2 Distribuição das características da vida reprodutiva segundo os tipos de parto. Aracaju, SE, 2005.....	71
Tabela 3 Distribuição das características maternas relativas ao pré-natal, segundo o tipo de parto. Aracaju, SE, 2005.....	73
Tabela 4 Distribuição das características relativas às influências dos fatores na admissão e parto, segundo o tipo de parto. Aracaju, SE, 2005.....	75
Tabela 5 Distribuição das causas que motivaram a escolha da cesariana ao comparar tipo de hospital. Aracaju, SE, 2005.....	76
Tabela 6 Distribuição das características relativas ao recém nascido segundo o tipo de parto. Aracaju, SE, 2005.....	78
Tabela 7 OR ajustados e correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC) para parto cesariano, segundo as variáveis econômicas, de serviços de saúde, demográficas e reprodutivas. Aracaju, SE, 2005.....	80
Tabela 8 OR ajustados e correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC) para parto cesariano, segundo as variáveis cesárea e aborto anterior, excluídas as primigestas. Aracaju, SE, 2005.....	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	25
2.1 Geral	25
2.2 Específicos	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
3.1 A Epidemiologia da Cesariana	27
3.2 Saúde Materno-Infantil: Um Pouco de sua História.....	31
3.2.1 Os riscos maternos e perinatais da cesariana.....	32
3.3 Indicação de Cesariana e Desigualdades Sociais	36
3.4 Humanização do Nascimento e Tecnologia	44
3.5 O Direito Inalienável de Escolha	48
4 PACIENTES E MÉTODOS	54
4.1 Delineamento do Estudo	54
4.2 Caracterização da Cidade de Aracaju.....	54
4.3 Estudo Epidemiológico-Social da Saúde Perinatal de Partos Hospitalares de Aracaju	57
4.3.1 Fontes de Dados	57
4.3.2 A População e a Amostra do Estudo	57
4.3.3 Condução do estudo	58
4.3.4 Organização e Treinamento.....	59
4.3.5 Trabalho de campo e sua operacionalidade.....	59
4.3.6 Estudo piloto e controle de qualidade dos dados	60
4.4 Seleção de Dados e Variáveis do Estudo	62
4.5 Análise e Interpretação dos Dados	64
4.6 Aspectos Éticos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
5 RESULTADOS	67
5.1 Aspectos Gerais	67
5.1.1 Dimensão das influências sociais constituída das variáveis sócio-demográficas maternas	67
5.1.2 Dimensão das influências da experiência reprodutiva.....	70
5.2 Dimensão das características maternas relativas ao pré-natal	72
5.2.1 Dimensão das características relativas às influências de fatores na admissão e parto.....	74

5.1.5 Dimensão das influências das características relativas ao recém-nascido.....	77
5.2 Modelo Final Ajustado.....	79
5.2.1 Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança do modelo de regressão logística múltipla ajustada conjuntamente para variáveis econômicas, de serviços de saúde, demográficas e reprodutivas	79
5.2.2 Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança do modelo de regressão logística múltipla ajustada para as variáveis cesárea e aborto anterior, excluídas as primigestas	82
6 DISCUSSÃO.....	84
7 CONCLUSÃO.....	98
7.1 Recomendações	100
REFERÊNCIAS.....	105
ANEXO A	
ANEXO B	
ANEXO C	

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O aumento das taxas de cesariana foi muito expressivo nos últimos 30 anos no continente americano e mais especificamente no Brasil, que conta atualmente com taxas próximas a 40% (BRASIL, 2008a). Este indicador se manteve relativamente estável nesse patamar no período de 2000 a 2003, entretanto, apresenta comportamento diferenciado no país, com algumas regiões ultrapassando o percentual de 80% (DIAS et al., 2008). Os estados de São Paulo e Rio de Janeiro ocupam, respectivamente, o primeiro e segundo lugar, com taxas de cesariana em torno de 50% (BRASIL, 2008 a).

Em 1991, Faundes et al., analisando as causas da explosão das taxas de cesariana no Brasil, apontavam entre outros fatores, o conforto para o médico de realizar uma cirurgia agendada, em contraponto à imprevisibilidade do parto normal, a incerteza dos profissionais sobre sua capacidade de conduzir complicações no trabalho de parto e a falta de preparação da mulher para o parto, em vista de não ser adequadamente orientada durante o acompanhamento pré-natal (FAUNDES; CECATTI, 1993).

Apesar de inúmeras iniciativas para a redução das taxas de cesariana no Brasil no decorrer das duas últimas décadas, o Ministério da Saúde (MS) não obteve o êxito desejado. Pelo contrário, ao longo deste período, as taxas dessa cirurgia só aumentaram em especial aquela verificada na saúde suplementar. As questões apontadas por Faundes e Cecatti (1993) parecem permanecer atualmente como fatores que continuam a influenciar os elevados níveis deste indicador no Brasil.

No período de trinta anos, compreendido entre 1970 e 2000, verificou-se uma elevação das taxas de cesariana em todo o mundo. No continente americano essas taxas atingiram valores tão elevados quanto 27,5% nos EUA em 2003 (NATIONAL

VITAL STATISTICS REPORTS, 2009), 22,5% em 2002, no Canadá (CHAILLENT; DUMONT, 2007) e 40,0% no Brasil, esse mesmo período (BRASIL, 2006a).

O desafio de enfrentar essa questão é certamente uma tarefa para múltiplos parceiros e deve envolver gestores de todas as esferas, profissionais de saúde e suas entidades de classe, sociedades científicas, as universidades e principalmente as mulheres e suas famílias para que, corretamente informadas, possam exercer seu papel de protagonistas nesse evento que tem profundos significados sociais e afetivos.

Autores nacionais e internacionais têm divergido sobre o problema, priorizando, na maior parte das vezes, os aspectos éticos (CAMANO et al., 2001). Tal discussão está, em geral, fundamentada nesse aumento progressivo do número de cesarianas. Atualmente parece haver consenso de que o incremento das cesarianas não se deve apenas às questões médicas, sendo influenciado por diversos fatores psicossociais (SCHINDL et al., 2003). Isto é mais evidente em países em desenvolvimento. Vários fatores não médicos estão envolvidos, entre eles: aspectos socioeconômicos, preocupações ético-legais, características psicológicas e culturais das pacientes e dos médicos (DIAS et al., 2008). Em estudo americano realizado com puérperas de clínica privada e pública, três em quatro das primíparas do setor privado e oito em dez do setor público que tiveram cesarianas, gostariam de ter tido partos vaginais (HOPKINS et al., 2000).

A alegação de que muitas pacientes preferem a operação cesariana foi contestada num importante estudo prospectivo brasileiro (POTTER et al., 2001), realizado com 1.136 gestantes, corroborando o estudo descrito por Hopkins et al., 2000. Nesse trabalho, 70 a 80% das gestantes, de serviços públicos e privados, desejavam parto vaginal. No entanto, essa cifra era muito menor nas mulheres com cesariana prévia (42%), mostrando que a motivação para parto vaginal diminui significativamente nas mulheres que se submeteram à cesariana prévia. Isso seria ainda mais evidente nos casos que cursaram sem intercorrências e naqueles partos classificados como satisfatórios pelas próprias mulheres.

Faz-se fundamental, portanto, o direito de informação correta e o respeito à decisão da mulher quanto ao tipo de parto que vai optar. A redução de cesáreas deve ser consequência da melhoria da assistência ao parto. Possivelmente a cesárea não seja a causa dos maus resultados perinatais no Brasil. Na escolha ética deve ser respeitada a autonomia da paciente, após consentimento livre e esclarecido.

O interesse por investigar a presente temática remonta às discussões sobre os direitos à saúde que eram travadas na Universidade Federal de Sergipe (UFS) quando esta autora em 1983 ingressou na universidade e no movimento estudantil, com uma visão redentora dos pecados da humanidade, acreditando que “As Veias Abertas da América Latina” e o “Manifesto do Partido Comunista”, aliados à “força” da juventude, transformariam “nossa” aldeia.

Em atividades por dez anos na assistência direta ao cliente, mais precisamente na saúde da mulher e da criança, indefinições, questionamentos, conflitos estavam presentes na prática diária, oriundos da diversidade de agentes que a praticavam, como também das relações de poder entre os profissionais da saúde. Todas essas relações tinham um fim único, nem sempre harmonioso: a clientela.

Esse processo de reflexão foi aprofundado quando da incursão na especialização em saúde pública e no mestrado em educação, que culminou no ingresso como docente da UFS, que nos pôs diante de uma literatura sobre a problemática social contemporânea, sugerindo que a formação da consciência e da cultura neste século resulta das mediações históricas e sociais da existência humana.

Em 1994 o Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe, contando com o suporte técnico da Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Departamento de Puericultura e Pediatria, elaborou um projeto de pesquisa intitulado “Estudo Epidemiológico-Social de Saúde Perinatal de Partos Hospitalares de Aracaju”, inserido em um projeto

maior, que engloba mais três outros estudos, como parte da consolidação da pós-graduação em Ciências da Saúde. O referido projeto foi aprovado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), (Processo nº 620110/04) e, posteriormente, deu-se início a fase preparatória para a concretização do estudo, que permitiu a criação de uma coorte de nascimentos da região metropolitana de Aracaju, gerando um banco de dados consistente, que proporcionará o seguimento dessa coorte no decorrer da vida, avaliando as contribuições dos eventos perinatais na vida futura das crianças investigadas.

O objetivo fundamental deste trabalho, desde seus primeiros passos, é analisar a prevalência e os fatores potencialmente associados ao parto cesáreo em uma coorte de nascidos vivos na região metropolitana de Aracaju. Estudar as influências sociais constituídas pelas variáveis sócio-demográficas maternas, experiência reprodutiva, pré-natal, dos fatores na admissão e parto e relativas ao recém-nascido, em uma coorte de nascidos vivos de parto único, hospitalar, de mães residentes na Grande Aracaju.

É de fundamental importância a realização de estudos que avaliem indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais, econômicos e de saúde, para identificar as necessidades que devem ser alvo de planejamento e execução de programas que objetivem beneficiar o indivíduo em suas necessidades (GOMES et al., 1999; MARIOTONI; BARROS FILHO, 2008).

Nesse contexto, considera-se oportuna a realização deste estudo, para que possa fornecer dados atuais para o planejamento das ações de políticas públicas na área de saúde materna, perinatal e infantil. Assim, elevando-se a qualidade e a quantidade dos dados disponíveis para programação local, o que se espera, detectando novas tendências na eleição do tipo de parto é: inicialmente aumentar a cobertura e a qualidade dos serviços de pré-natal e do parto, incrementando-se o processo de programação local; em seguida, detectando riscos sociais, promover uma redistribuição dos serviços de saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da mulher e da criança em nosso país.

Por meio da detecção de riscos específicos a cada uma dessas condições, será possível redirecionar a atenção à saúde para pontos de maior impacto, medindo-se magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos danos, estabelecendo-se prioridade de intervenção. Em consequência, haverá melhoria na eficácia e resolução dos serviços de saúde. A partir das constatações desta pesquisa, novas hipóteses e pressupostos poderão surgir e desencadear outros estudos para analisá-los.

Em suma, a atualidade do tema parece-nos absolutamente evidente se formos capazes de observar que a polêmica em torno das indicações de partos cesarianos e partos vaginais é um dos dilemas que afligem nossa história imediata. E, do ponto de vista da Ética, escamoteia o dever do Estado de proporcionar condições adequadas de infraestrutura técnica, humana e material para que o tipo de parto escolhido possa transcorrer de forma satisfatória, proporcionando o melhor bem-estar possível para a parturiente e o neonato.

A exposição do trabalho encontra-se organizada em seis capítulos: Fundamentação Teórica; Objetivos; Pacientes e Métodos; Resultados; Discussão e Conclusões.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a prevalência e os fatores potencialmente associados ao parto cesáreo em uma coorte de nascidos vivos de parto único, hospitalar, de mães residentes na Grande Aracaju.

2.2 Específicos

Analisar os fatores potencialmente associados às desigualdades no parto ao comparar partos cesáreos e vaginais.

Estudar as influências sociais constituídas pelas variáveis sócio-demográficas maternas, experiência reprodutiva, pré-natal, dos fatores na admissão e parto e relativas ao RN.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A Epidemiologia da Cesariana

O aumento crescente das taxas de cesárea é realidade no cenário mundial, representando problema de saúde pública, por se associar à morbidade materna e fetal e a elevados custos hospitalares (SACHS et al., 1999; CALDERON et al., 2002). No Brasil, adquire caráter epidêmico, com conseqüente aumento da mortalidade materna, exigindo medidas eficazes para a resolução do problema (FAÚNDES; CECCATI, 1993; CAPARROZ, 2003; DINIZ, 2005).

A taxa preconizada pela Organização Mundial de Saúde - OMS para a taxa de cesáreas é 10-15% e foi recomendada após a realização de uma conferência de consenso que teve a participação de 62 técnicos, representando vinte países em 1985. Esses profissionais estudaram a variação da taxa de cesárea de diversas nações com baixa mortalidade materna e perinatal e encontraram que um percentual considerado plausível seria em torno de 10%. Estudos não haviam mostrado evidências de que taxas de cesárea acima desses níveis reduzissem a mortalidade. A recomendação final do consenso foi então de 10 a 15%, sendo 10% para população em geral e 15% para populações de alto risco (WHO, 1985).

Nos últimos 15 anos, a proporção de partos cesarianos aumentou na América Latina de forma alarmante. Um estudo encomendado pela OMS e publicado em 1999 no British Medical Journal, de Belizan et al., mostrou que, em 19 países da América Latina, mais de 850.000 cesarianas desnecessárias são realizadas por ano. Dados recentes obtidos de 19 países latino-americanos revelam que somente em sete deles os índices de cesáreas permanecem abaixo dos 15%. Nos demais 12 países, as taxas variaram de 16,8% a 40,0%. Tomando-se o valor de 15% como a

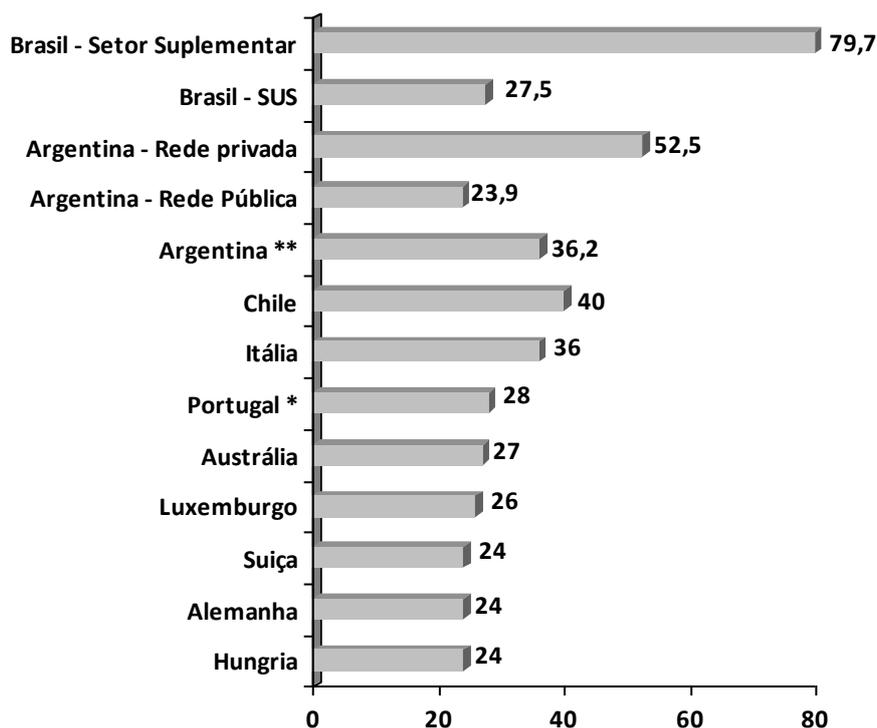
taxa de cesáreas por indicação médica justificada. Anualmente são realizadas 850.000 cesáreas desnecessárias nessa região (BELIZAN et al., 1999; CHAILLET; DUMONT, 2007).

A partir da década de 70, quando as taxas de cesárea em todo o mundo ficaram em torno de 2% a 5%, houve uma aceleração gradual tornando-se uma verdadeira epidemia (FAÚNDES; CECCATI, 1993). Sakala (1993) constatou que nos países europeus essas taxas se estabilizaram em torno de 15%, enquanto nos Estados Unidos passaram para cerca de 25% e em países em desenvolvimento estão próximas aos 50%.

Taxas de cesárea diferem entre e dentro dos países e refletem numerosas variáveis. No Brasil, em 1999, a taxa de cesárea foi 25,1%, sendo 29,6% para a região sudeste, 47,5% para o Estado de São Paulo e 51,8% para a região administrativa de Ribeirão Preto (SEADE, 2000). Para investigar essa área adequadamente deve-se ter uma visão imparcial. Para Salinas et al.(2004), sugerir que uma taxa de cesárea de 15% é ótima para todas as populações, em todos os países, revela no mínimo falta de observância das diversidades.

É conveniente lembrar que comparações internacionais de taxas de cesárea estão prejudicadas porque poucos países as publicam. Além disso, estudos comparativos são restritos pelo fato de que informações de saúde, demográficas e limitantes sociais de poucos países têm sido avaliadas (BERGSYO et al., 1983; FAÚNDES, CECATTI, 1993).

Nas últimas décadas tem havido incremento significativo nas taxas de cesáreas em todo o mundo. Mesmo países com taxas baixas, como Turquia e Itália, chegaram a 30% e 33% respectivamente, no ano 2000 (DONATI et al., 2003). Nos EUA as taxas subiram de 23% para 27,5% em 2003. Na América Latina, o Chile apresenta a maior taxa (45%), seguido pelo Brasil, com 37% (BRASIL, 2005a). Trata-se, portanto, de um fenômeno mundial, como pode ser visto no gráfico a seguir apresentado:



PARTO CESÁRIO NO MUNDO

Fontes: Brasil: MS e ANS, 2004, Portugal e Argentina: pesquisa Encuesta de Condiciones de vida 2001 – Dalud/ Demais países: Health at Glance OECD indicators 2005. In: OECD Publishing

No Brasil, segundo números oficiais (os mais recentes são referentes ao ano de 2006), o aumento na realização de cesarianas, de 36,4% para 44% dos partos, confirma o avanço desse procedimento em todo o país, contra as recomendações do Ministério da Saúde. Nas regiões Sudeste e Sul estão as maiores taxas apuradas em 2006: 52% e 51%, respectivamente. No sistema de saúde privado ou suplementar, esse percentual alcançou 81% em 2006 (BRASIL, 2008).

O Brasil é um dos líderes mundiais em cesarianas, com taxas, desde o início da década de 80, de aproximadamente 30% (na rede pública, houve crescimento das taxas de cesáreas, de 14,6% em 1970 para 31,0% em 1987, havendo um declínio em 2004 chegando a 27,5%). Na saúde privada (planos de saúde), segundo dados da ANS, as taxas estão em torno de 80% (ALMEIDA et al., 2008).

No Distrito Federal (DF) foram realizados, em 2006, 45.087 partos no SUS e na rede privada. Desse total, 21.660 (48%) foram cirúrgicos e aproximadamente a metade dos nascimentos, 22.839, foram vaginais. A taxa de cesáreas no DF é maior que a nacional, de 26% no SUS, e que o número recomendado pela OMS (BRASIL, 2008b).

Embora as taxas de cesariana no serviço público estejam acima daquelas recomendadas pela OMS (OPS, 2002), é na saúde suplementar que as distorções encontradas na assistência obstétrica se manifestam ainda com maior intensidade. Nesse setor, as taxas desta cirurgia chegam a alcançar valores até três vezes maiores do que os encontrados no SUS. Esta diferença entre a taxa de cesarianas na rede pública e na saúde suplementar tem sido motivo de freqüentes questionamentos (BRASIL, 2005a).

Como explicar o fato de que as gestantes que têm piores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde e de instrução tenham taxa de cesariana cerca de 50% menor do que a população de grávidas mais favorecidas economicamente, com maior nível de instrução e maior acesso aos serviços de saúde? Como justificar que, embora cerca de 70% das mulheres atendidas neste setor desejem o parto normal como desfecho da gestação, e que cerca de 10% consigam ter seus desejos atendidos? (POTTER et al., 2001; DIAS et al., 2008). Que fatores estariam sendo conjugados a ponto de afetar tão intensamente a assistência a este grupo de gestantes?

Berquó (2004) afirma que fica patente no país um "abuso da moderna tecnologia reprodutiva", sendo o Brasil um caso único da associação entre elevadíssima prevalência de partos cirúrgicos e o predomínio de contracepção igualmente cirúrgica.

Além das evidentes repercussões negativas da cesárea em termos de morbimortalidade materna e perinatal, os custos associados à sua realização são muito elevados. Em 1993, Faúndes e Cecatti estimaram que cada 1% de incremento nas taxas de cesáreas não justificadas clinicamente no Brasil demanda um custo de

mais de 4 milhões de dólares em termos de assistência hospitalar materna e neonatal (FAUNDES; CECATTI, 1993).

As indicações para a realização de uma cesárea ampliaram-se nas últimas décadas, muitas vezes sem uma justificativa obstétrica adequada (O'DRISCOLL; FOLEY, 1983; CECATTI et al., 2000). Um dos fatores mais importantes que contribui para as altas taxas de cesárea na atualidade é a presença de uma ou mais cicatrizes de cesárea (KLINE; ARIAS, 1993; PICKHARDT et al., 1992; CECATTI et al., 2000). A preocupação com possíveis complicações obstétricas diretamente relacionadas à presença de uma cicatriz uterina foi, por muito tempo, uma das justificativas para a cesárea eletiva nessas mulheres (FLAMM et al., 1994). Embora os riscos da operação cesariana tenham decrescido muito na última década, esse risco é, atualmente, três a quatro vezes maior que os do parto vaginal, além de aumentar o risco de morbidade dos recém-nascidos (CURY; MENEZES, 2007).

No Brasil, os principais determinantes da realização de uma cesárea parecem não serem os fatores médicos, mas sim os sócio-demográficos. A cesárea, além de um procedimento médico, adquiriu o caráter de "bem de consumo", um sinal evidente da inversão de valores no sistema de saúde, onde o procedimento é realizado com mais frequência na população de mais baixo risco e melhor nível econômico e de saúde (FAUNDES; CECATTI, 1993; RATTNER, 1996).

3.2 Saúde Materno-Infantil: Um Pouco de sua História

Fazendo-se uma retrospectiva histórica no que se refere à saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do século XX, constatou-se a consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços estes que culminaram com uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos países desenvolvidos. Entretanto, nos países em desenvolvimento, persiste a preocupação com a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal (TANAKA, 1994; NOGUEIRA, 1994).

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioritária. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983 ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal (CENTURIÓN, 1994; OSIS, 1998; TREVISAN et al., 2002; BRASIL, 2004).

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto (BACKETT; DAVIES; PETROS-BARVASIAN, 1984; SILVA; CAETANO; SILVA, 2006).

3.2.1 Os riscos maternos e perinatais da cesariana

Diversos estudos estimaram a mortalidade materna no Brasil considerando a subnotificação existente no país e encontraram fator de correção até dois, ou seja, para cada óbito materno somar um não declarado. Volochko (2003) encontrou razão de mortalidade materna de 66,08/100 mil nascidos vivos, em 1980, e 64,85 em 1998. Laurenti et al. (2002) calcularam fator de correção de 1,67 para a mortalidade materna, que é utilizado oficialmente pelo MS, tendo-se para 2001 e 2002 taxa de mortalidade materna de 69,19 e 73,05/100 mil nascidos vivos respectivamente, com 1.528 e 1.603 óbitos maternos (BRASIL, 2008b).

É consenso que mulheres acometidas pela morte materna são as de menor renda e escolaridade. O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM-PR) referiu, em 1997, que 52,5% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres com renda de um a quatro salários mínimos, 86,8% em mulheres com escolaridade de um a quatro anos e maior risco no grupo entre 35 a 39 anos. Outros estudos confirmam que as mulheres mais pobres também apresentam em geral

maior número de filhos (BERQUÓ, 2004) e menor acesso à assistência médica (PERPÉTUO, 2000).

É reconhecido que a gravidez é influenciada por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população (FAUNDES et al., 1982; LAURENTI; BUCHALLA, 1997; TREVISAN et al., 2002).

Nos países subdesenvolvidos, com assistência médica precária, a atenção pré-natal representa, talvez, a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. Constitui, portanto, um exercício de Medicina Preventiva, visando primordialmente à preservação da saúde física e mental da grávida e identificação das alterações próprias da gravidez que possam repercutir nocivamente sobre o feto (BELFORT, 1987; TREVISAN et al., 2002).

Vários estudos demonstraram que a ausência de assistência pré-natal está associada a maior taxa de mortalidade perinatal. Tem sido constatado que, ao contrário das nações desenvolvidas, onde as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção, entre estas, as malformações congênitas, o descolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência durante a gestação, tais como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas (TANAKA et al., 1995; DE LORENZI, 1999; LANSKY et al., 2002).

Para Tanaka et al. (1995), a preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Para esta autora, a doença não somente tem relação causal com a situação econômica e social dos membros de determinada população, como também os cuidados médicos oferecidos refletem a estrutura desta coletividade, em particular, sua estratificação de classes, o que é claramente refletido nos serviços de saúde brasileiros.

A cirurgia cesariana é um dos exemplos mais claros de desigualdade social e descaso à cidadania. Trata-se de um procedimento cirúrgico à disposição do profissional médico; cujo objetivo é contribuir para a redução nos índices de morbimortalidade perinatal. Contudo, se utilizada fora dos critérios propostos, pode proporcionar mais riscos do que benefícios à saúde do binômio mãe/filho (CURY; MENEZES, 2007).

Atualmente, no Brasil, uma em cada três gestantes (e, em algumas regiões, uma em cada duas ou, ainda, duas em cada três) tem seu parto por cesárea. Historicamente o aumento da segurança do procedimento levou os obstetras a encontrarem cada vez mais razões para realizarem essa cirurgia. Apesar de, ao longo do tempo, observar-se uma redução na morbimortalidade materna relacionada à cesárea, esta apresenta, ainda, riscos associados à sua prática (FAÚNDES, CECATTI, 1993; MUYLDER, 1993). Estima-se que a mortalidade materna na cesárea seja duas a onze vezes maiores que no parto vaginal (FAÚNDES, CECATTI, 1993; BRASIL, 2004 ; CURY; MENEZES, 2007).

Santos et al. constataram por meio de estudo de coorte realizado em Pelotas em 1993 que, apesar da alta cobertura pré-natal observada neste município, persistiam desigualdades nos cuidados oferecidos às grávidas. As pacientes de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de atenção pré-natal classificada pelos autores como inadequada ou de qualidade intermediária, quando comparadas com as grávidas consideradas de menor risco obstétrico (SANTOS et al., 2000).

Ciente da situação, o Governo Federal lançou, em 2006, uma campanha pelo parto humanizado, envolvendo toda a população, incentivando mães e médicos a optarem pelo parto normal. Uma das razões que levou o Governo a promover essa campanha foi o custo que as cesáreas desnecessárias estavam onerando aos cofres públicos, já que a maioria dos partos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se às cesarianas. A cirurgia implica em um maior consumo de recursos hospitalares, como o centro cirúrgico, leitos/dia, medicamentos, cuidados de

enfermagem e a necessidade de contabilizar custos de prováveis complicações posteriores ao procedimento (BRASIL, 2006b).

Também a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do programa de Qualificação da Saúde Suplementar, traçou estratégias para as operadoras privadas de saúde reduzirem a proporção de partos cesáreos, objetivando, inicialmente, uma redução de 15% num período de três anos, em relação ao ano de 2003 (DINIZ, 2005). Diferenças entre a taxa de cesarianas na saúde pública e na saúde suplementar tem sido motivo de freqüentes questionamentos. Como explicar o fato de que gestantes que têm piores condições de vida, acesso aos serviços de saúde e de instrução tenham taxa de cesariana cerca de 50% menor que a população de grávidas mais favorecida economicamente, com nível de instrução e maior acesso aos serviços de saúde? (DIAS et al.; 2008).

No Brasil, as taxas de cesáreas do setor de saúde suplementar estão entre as mais elevadas do mundo. Em 2004 ocorreram 2.552.766 nascimentos, destes, 87,90% (2.243.779) foram atendidos pelo SUS e 12,10% (308.987) no setor de saúde suplementar. Dentre os nascimentos ocorridos no setor de saúde suplementar, 79,70% (246.264) foram de parto cesáreo. Para o mesmo período, o SUS registrou uma taxa de 27,53% (RATTNER, 1996; WAGNER, 2000; MARTINS-COSTA et al., 2002).

Apesar de todos os investimentos que têm sido realizados, as taxas de cesáreas continuam em ascensão em praticamente todo o mundo (FREITAS et al., 2005; RIBEIRO et al., 2007). Todavia, estudos recentes têm especulado a possibilidade de uma estabilização dessas taxas na atual década, apresentando para o Estado de São Paulo uma percentagem estável ao redor de 48% de cesáreas (BARBOSA et al., 2003; BETRÁN et al., 2009).

3.3 Indicação de Cesariana e Desigualdades Sociais

Há indicações de que a frequência dos partos cesáreos está diretamente ligada à idade das mulheres, aumentando as taxas conforme aumenta a idade. Freitas (2000) relata que mulheres com 30 anos ou mais têm maior probabilidade de ter parto cesáreo do que mulheres com menos de 20 anos. O tamanho e a direção do efeito estão de acordo com o levantamento da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (DHS), realizada no Brasil em 1996, que mostrou números de partos cesáreos duas vezes mais altos entre mulheres mais velhas do que entre as mais jovens (BENFAM, 1997).

A cesárea predispõe a diversas complicações, tais como: infecção puerperal, gravidez ectópica, histerectomia intraparto ou puerperal, acidentes tromboembólicos, má implantação placentária na gestação posterior (placenta prévia e *abruptio placentae*) e distúrbio respiratório no recém-nascido, além da prematuridade iatrogênica (MCMAHON, 1998; CALDERON et al., 2002).

Outros estudos, realizados no Brasil, relataram associações na mesma direção. Entretanto, uma série de outros fatores, principalmente de ordem pessoal, social e econômica são indicativos de parto cesáreo, devendo sempre serem levados em consideração quando se estuda o efeito independente da idade (JANOWITZ et. al., 1985, ROCHA et. al., 1985).

Ainda que controversa, a questão de paridade e riscos na gravidez e parto mostra associações significativas entre diferentes níveis de paridade, problemas na gravidez e complicações obstétricas, incluindo morbidade neonatal e mortalidade perinatal e se destacam os grupos de nulíparas e numerosa paridade como de alto risco (JONAS et al., 1992; CALDERON et al., 2002).

Ao classificar as desigualdades sociais, Freitas (2000) refere que fatores como renda e outros determinantes socioeconômicos, suporte social e escolaridade, entre outros, e especialmente uma complexa interação entre eles, explicaria as diferenças no acesso à saúde. O autor ainda explica que estas diferenças refletem,

em última análise, fatores inerentes à sociedade na qual vivem estes indivíduos, incluindo a forma como esta se organiza social e politicamente para oferecer os serviços de saúde, sendo, portanto, um dos maiores determinantes da saúde e longevidade nestas sociedades.

As desigualdades sociais, observadas quando da realização do parto, fazem parte de um complexo conjunto de fatores médicos, institucionais, financeiros, legais (FAÚNDES; CECATTI, 1993), da mulher e de seu meio social (FREITAS, 2000), que devem ser avaliados e entendidos, para que se possam efetivar as transformações necessárias em direção a uma maior igualdade na atenção ao parto.

Ainda que mulheres com pouco acesso aos cuidados de saúde em geral e obstétricos possam ser vistas como de baixo risco para intervenções obstétricas, como trabalho de parto induzido e cesárea eletiva, diversos estudos mostram uma relação clara entre más condições socioeconômicas e perfil de alto risco para mães e recém-nascidos (FREITAS, 2000). Neste contexto, fica claro que um incremento na utilização de tecnologia durante o trabalho de parto, juntamente com a permanente evolução da antibioticoterapia, credita à operação cesariana um status de segurança junto à população geral, ainda que alguns estudos tenham mostrado diferenças associadas às complicações para a mãe e o recém-nascido decorrentes do tipo de parto (FAÚNDES; CECATTI, 1993; FREITAS et al., 2005).

Há concordância geral de que quatro indicações clínicas respondem por 80% de todas as cesáreas: distócia ou falha de progressão do trabalho de parto; apresentação anômala, sofrimento fetal e cesárea anterior (TAFFEL; LISS, 1987; FREITAS, 2000). Esta ênfase na indicação clínica para cesárea é importante por duas razões: primeiramente porque nos últimos 20 anos tem havido um aumento substancial na porcentagem de nascimentos baseados nestes quatro diagnósticos. Não está claro, porém, se isto reflete um aumento na incidência de problemas médicos ou o aumento do uso destas indicações pelos médicos; a segunda razão porque, independente da indicação clínica, há uma enorme variação na taxa de cesárea baseada em outras características médicas e pessoais (GOLDFARB, 1984; BARBOSA et al., 2003). Entretanto, deve-se ressaltar que duas das principais

indicações – cesáreas prévias e apresentação pélvica – não são consideradas indicações para cesárea por muitos autores internacionais (SIGNORELLI et al., 1995; SALINAS et al., 2004).

A menos que se tenha melhor compreensão da fisiologia do trabalho de parto normal e dos fatores que o afetam, a indicação mais comum de cesárea – falha de progressão – permanecerá como o maior contribuinte dessa taxa. Na falta de estudos adequados, fatores que afetam a taxa de cesárea incluem o rápido desaparecimento da arte obstétrica de certas técnicas de parto como o pélvico, e alguns mitos obstétricos como “uma vez cesárea, sempre cesárea” (ASH; OKOH, 1997; CUNHA et al., 2000).

Os fatores econômicos são importantes, já que a proporção de partos operatórios aumenta com a renda familiar. No Brasil, um quarto de todas as pacientes tem partos no setor privado e, neste setor, a taxa de cesáreas é extremamente alta (79,7%): isto é quase o triplo do público (27,53 %) (IBGE, 2004); entre as mulheres de famílias com renda superior a R\$ 1.000,00 por mês, 55% tem pelo menos uma cesárea (BÉHAGUE et al., 2002).

Poucos estudos de coortes de nascimentos de base populacional no Brasil têm estudado as taxas de cesarianas e os fatores relacionados com o aumento dessas taxas no país. Em Ribeirão Preto, SP, estas taxas passaram de 30,3% em 1978/79 para 50,8% em 1994 (GOMES et al., 1999), e em Pelotas, RS, aumentaram de 30,5% em 1993 para 45% em 2004 (BARROS et al., 2006). São Luís, capital do Maranhão, no Nordeste do país, tem a coorte de nascimento de 1997-98 em acompanhamento e as taxas de cesárea encontradas foram de 33,7% (RIBEIRO et al., 2007). Esses estudos sugerem que a cesárea já se constitui no método de escolha principal entre clientes de planos de saúde privados.

Na atualidade há o consenso de que as pessoas expostas a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde. Diniz (2005) ressalta que, com poucas exceções, a evidência tem mostrado inequivocamente que as pessoas com baixo nível socioeconômico apresentam taxas

de mortalidade mais alta para a grande maioria das doenças, tanto físicas quanto psicológicas e também uma menor probabilidade de tomar atitudes em direção à prevenção das doenças ou detectá-las em seu estágio assintomático.

Diversas formas de desigualdade, particularmente a socioeconômica, geográfico-territorial, faixa etária e etnia têm sido identificadas como fatores de risco para cesárea no Brasil (DHS, 1996; GOMES et al., 1999; FREITAS, 2000) e internacionalmente (SAKALA, 1993). Mães com melhores condições socioeconômicas têm maior chance de intervenções obstétricas, como o trabalho de parto induzido e cesárea eletiva (FREITAS, 2000). A taxa de cesárea em clientes assistidas pelo setor privado é o quádruplo da observada em pessoas com condições socioeconômicas desfavoráveis (DINIZ, 2005). Entre os partos pagos pelo SUS brasileiro, a taxa de cesariana é maior em hospitais privados do que em públicos (BERQUÓ, 2004, BRASIL, 2005a), nas duas principais áreas urbanas do país (São Paulo e Rio de Janeiro) e nas regiões brasileiras mais ricas (Sudeste, Centro-oeste e Sul) (DUARTE et al., 2006). Também é maior entre a etnia branca (JONAS et al., 1992) e à medida que aumenta a idade materna (DHS, 1996; FREITAS, 2000; DUARTE et al., 2006), sendo quase o dobro entre mulheres acima de 20 anos, comparadas às adolescentes (DHS, 1996). Esses estudos indicam que a ocorrência de cesárea é maior entre mulheres com menor risco clínico de complicações obstétricas. Esses achados estão de acordo com estudos que sugerem que as elevadas taxas de cesárea no Brasil refletem fatores sócio-culturais, institucionais, financeiros e legais da atenção ao parto (PINOTTI; FAÚNDES, 1988).

O elevado número de hospitalização do parto, conforme BERQUÓ (2004), não tem sido garantia de qualidade da atenção, uma vez que o despreparo dos profissionais para a atenção ao parto normal, somado ao sucateamento da rede pública, gera riscos mesmo para as mulheres mais saudáveis e tem impacto questionável sobre a morbimortalidade materna e fetal.

O aumento de partos operatórios entre grupos de elevada renda tem sido observado em outros países como nos Estados Unidos (GOULD et al., 1989). Na América Latina há uma correlação positiva e significativa entre taxa de cesárea e

produto interno bruto *per capita*. No Chile, a taxa de cesárea em mulheres com seguro privado é o dobro da taxa para mulheres com seguro público (MURRAY, 2000).

Preferência materna por cesárea pode também ser relacionada com a percepção da mãe sobre o comportamento do médico durante o pré-natal e período do parto (BETTIOL et al., 1992). Mello e Souza (1994) sugerem que o papel da mulher no aumento da cesárea estaria super valorizado. Carranza (1994) corroborou esse pensamento, quando constatou, em um estudo de mulheres de média e de alta renda em Brasília, que a maioria delas, pelo menos no início da gestação, desejava parto vaginal. A maioria, entretanto, teve cesárea.

Tem sido repetido que as mulheres preferem cesáreas porque evitam a dor do parto vaginal, não sofrem os efeitos negativos em seu desempenho sexual e também porque o procedimento pode ser visto como seguro para o recém-nascido (CAPARROZ, 2003). Hopkins et al. (2000), em pesquisa realizada no Brasil, revelaram que 84% a 91% das mulheres nos hospitais públicos e privados, respectivamente; concordam que sua recuperação é mais rápida após o parto vaginal; 69% no público e 30% no privado referem a uma grande cicatriz, interferindo com o uso de biquíni; 20% do público e 6% do privado pensam que a cesárea mantém mais a beleza que o parto vaginal; 58% do público concordam com a colocação de que a vagina permanece alargada após o parto vaginal, mas só 16% a 21% acreditam que o prazer sexual próprio e o do marido ficam prejudicados.

Após ter uma cesárea prévia, não há diferença significativa na preferência expressa quanto ao tipo de parto entre setor público e privado. Este achado contradiz a crença de que mulheres de classe média e alta preferem cesárea no Brasil (FAUNDES; CECATTI, 1993; QUADROS, 2002;) e são consistentes com relato recente que, contrariamente à crença popular, quase todas as mulheres desejam parto normal apesar das maiores taxas de cesárea no setor privado (72%) que no público (31%), (BETTIOL et al., 1992). Por outro lado, mais mulheres educadas, de alto nível socioeconômico, têm mostrado preferência por cesárea eletiva e a principal razão é evitar a dor, escolhendo a data do parto, algumas até

por razões astrológicas. Há também um grupo relativamente pequeno no qual a decisão é tomada pelo parceiro que não quer comprometer a vida sexual após um parto normal (TRIPATHI, 2002).

Béhague et al (2002) acrescentam outro elemento interessante à discussão: no estudo que realizaram, pacientes preferiam o parto cesáreo, não pelas vantagens do método, mas como forma de evitar um cuidado de má qualidade, usualmente encontrado em hospitais públicos com recursos humanos e materiais inadequados. Em síntese, a escolha pela cesárea não vem de uma atitude positiva baseada em informações de risco e benefício, mas para evitar “efeitos colaterais” negativos (LANGER; VILLAR, 2002).

Existem poucos trabalhos avaliando a real dimensão e importância de “cesariana a pedido” (GRAHAM et al., 1999; GAMBLE; CREEDY, 2000). Não se sabe também se este tipo de demanda varia em diferentes países e culturas. A alegação de que muitas pacientes preferem a operação cesariana foi contestada num importante estudo brasileiro, prospectivo, com 1.136 gestantes (POTTER et al., 2001). Nesse trabalho, 70 a 80% das gestantes, de serviços públicos e privados, desejavam parto vaginal (CURY; MENEZES, 2007).

Muitas cesáreas são realizadas para laqueadura tubária. No Brasil, a esterilização era permitida somente em circunstâncias muito especiais (por exemplo, quando dois médicos independentes certificavam que gravidez futura seria contraindicada) e não era paga pelo SUS. Consequentemente, médicos e família concordavam que a esterilização fosse realizada durante a cesárea; assim, esses profissionais cobravam uma taxa extra e podiam dar outras justificativas para a realização do procedimento. Mesmo com autorização do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 48, de 11/02/1999, da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, para laqueadura tubária em mulheres com mais de 25 anos e com dois filhos (BRASIL, 1999). Entretanto, a situação não diverge da anteriormente encontrada, uma vez que há freqüentes denúncias, na mídia, de cobrança de honorários médicos. No estado de São Paulo, a esterilização é o segundo método mais comum de contracepção, e 25% das mulheres entre 15 e 44 anos foram esterilizadas.

Estudos no Nordeste indicam que 60% das esterilizações ocorreram durante cesárea (BRASIL, 2008a). A persistência da associação entre número de nascidos vivos, mãe mais idosa e cesárea reforça a evidência de que a laqueadura pode, em muitos casos, ser a principal razão para cesárea (GOMES et al., 1999; CURY; MENEZES, 2007).

Para mãe e criança, taxas de morbidade e de mortalidade após cesárea são mais elevadas que no parto vaginal (GOLDFARB, 1984; CECATTI et al., 2000). O risco de morte materna após cesárea é de duas a quatro vezes o do vaginal (PETITI, 1985). O dado mais confiável de mortalidade materna vem do Inquérito Confidencial de Mortes Maternas do Reino Unido (BRASIL, 2002). Dois cientistas calcularam a taxa dos dados do inquérito (HALL; BEWLEY, 1999): uma cesárea eletiva tinha 2,84 vezes mais chance de morte da mulher que se ela tivesse parto normal. Desde que um estudo randomizado duplo cego controlado não seria ético, os dados deste inquérito de 153.929 procedimentos fornecem evidências suficientemente poderosas de risco aumentado da mortalidade materna com a escolha de cesárea eletiva (WAGNER, 2000).

Riscos maternos em curto prazo incluem hemorragia, infecção, íleo adinâmico, embolismo pulmonar e síndrome de Mendelson. A prevalência de histerectomia por hemorragia pós-cesárea é 10 vezes maior que a do parto vaginal e o risco de morte materna eleva-se em 16 vezes. Morbidade em longo prazo – incluindo aderências, obstrução intestinal, lesão de bexiga e rotura uterina – é freqüentemente subestimada em gravidez posterior. Há evidência de diminuição de fecundidade, risco aumentado de prenhez ectópica, placenta prévia e acreta e evolução pior da criança em gravidez subsequente, embora o efeito na saúde não reprodutiva não esteja claro. Sentimentos de inadequação e falha podem afetar a ligação entre mãe e recém-nascido, particularmente se a cirurgia foi sob anestesia geral (MARTEL et al., 1987). Cesárea também tem sido associada à dor pélvica crônica (ALMEIDA et al., 2002).

Outros riscos incluem a morbidade associada com qualquer cirurgia maior (acidentes anestésicos, lesão de vasos sanguíneos, extensão acidental da incisão

uterina, lesão de bexiga ou outros órgãos). Cerca de 20% desenvolvem febre após cesárea, por infecções iatrogênicas (urinária e de parede). Todos esses riscos afetam as gestações subseqüentes, mesmo que a cesárea tenha sido eletiva (PLAUT et al., 1999; NOMURA et al., 2004).

E para o recém-nascido? Em emergências nas quais o recém-nascido tem problema durante o trabalho de parto, deverão ser pesados os riscos de fazer ou não fazer a cesárea. Quando a criança não está tendo problemas, o risco existe, significando que a mulher que escolhe cesárea poderá colocar seu filho em risco desnecessário (WAGNER, 2000).

O primeiro risco para o RN é 1.9% de chance de que o bisturi do cirurgião acidentalmente lacere o feto (6% com posição não vértice). Um risco mais sério é o desconforto respiratório. A cesárea por si é um potente fator de risco para a síndrome do desconforto respiratório em pré-termos e de outras formas de desconforto em RN a termo. Bebês que nascem antes de 39 semanas têm risco aumentado para desconforto respiratório, e cesárea a termo antes de iniciar o trabalho de parto resulta em risco consideravelmente maior de morbidade respiratória. Porém, o risco cai pela metade a cada semana completa de gestação entre 37 e 41 semanas (NOMURA et al., 2004).

Outro risco é a prematuridade iatrogênica. Mesmo com ultrassonografias repetidas, há erros na avaliação para se indicar cesárea eletiva. Prematuridade e desconforto respiratório são as maiores causas de morbidade e de mortalidade neonatal (WAGNER, 2000; NOMURA et al., 2004).

Também, independentes do parto prematuro, estudos têm mostrado que crianças nascidas de cesárea têm maior risco de baixos escores de Apgar quando fatores demográficos e obstétricos são levados em conta (BURT et al., 1988).

Cesárea eletiva não é hoje uma idéia marginal. Pesquisas recentes com obstetras revelam que uma “substancial” minoria a escolheria como modo de parto para si ou para suas parceiras. Talvez esteja surgindo um consenso, mesmo entre

obstetras não convencidos ainda de seu valor, de que todas as mulheres que solicitam cesáreas deveriam ter uma oportunidade para discutir os riscos e benefícios do procedimento (ALMEIDA et al., 2002).

Foi anunciado em 2008, pelo MS, que uma das principais metas do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde é reduzir, até 2011, o quantitativo de operações cesarianas para 60% na rede particular e 25% nas maternidades públicas (BRASIL, 2008a).

Uma vantagem potencial da cesárea programada seria a facilidade de equilibrar a equipe hospitalar com o volume de serviço. Dados substanciais sugerem que nível inadequado de profissionais, bem como o cansaço, pode contribuir para morbidade materna e neonatal (TUCKER, 2002). Outro benefício potencial da cesárea eletiva seria evitar cesárea de emergência, que é associada ao aumento de morbimortalidade materna (LILFORD et al., 1990; JOLLY et al., 2000).

Já está bem estabelecida a associação entre falha de progressão do trabalho de parto e lesões intracranianas; as taxas de fraturas e lesões nervosas são reduzidas em mais de 50% entre recém-nascidos oriundos de parto cesáreo (TOWNER et al., 1999). Também a transmissão mãe-feto de vários agentes infecciosos tais como vírus da imunodeficiência humana (para gestantes com monoterapia ou sem tratamento) e do papilomavirus seria reduzida com cesárea eletiva (MINKOFF; CHERVENAK, 2003).

3.4 Humanização do Nascimento e Tecnologia

Ciente da importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo assim critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência na gestação, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a este programa, partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da

má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial. Mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o MS tomou a decisão de lançar uma estratégia onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador (BRASIL, 2000b).

O Programa, instituído por meio das Portarias GM Nº 569, GM Nº 570, GM Nº 571 e GM Nº 572 de 1/6/2000, apresentava como objetivo principal concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000a).

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam (VOLOCHKO, 2003).

A condução das políticas de saúde no Brasil favoreceu a cultura da cesárea. Nos anos 70, o governo pagava aos hospitais para o parto abdominal o dobro do valor financeiro disponibilizado para o parto vaginal, baseado na teoria de que era mais difícil e oneroso, com os valores do serviço médico mais elevados. Ao mesmo tempo, o governo pagava anestesia epidural somente para cesáreas, o que disseminou entre as mulheres a noção de que parto sem dor, só por cesárea (ALMEIDA et al., 2002).

Nos anos 80, o governo igualou o pagamento para os dois tipos de parto e começou a pagar anestesia para parto vaginal. Nesse mesmo período, muitos hospitais passaram a remunerar o profissional por plantão e não mais por procedimento, de modo que não houvesse incentivo para a realização de cesáreas. Preocupado com os elevados custos e riscos, o Ministério da Saúde, em 1998,

iniciou uma campanha ambiciosa para reduzir a prevalência, por partos cesáreos publicando a Portaria MS/GM Nº 2.816 do MS (BRASIL, 1998).

Para desencorajar a realização de cesáreas, hospitais públicos que ultrapassassem a taxa de 40% no segundo semestre de 1998, 37% no primeiro e 35% no segundo semestre de 1999 e 30% no primeiro semestre de 2000, não seriam reembolsados por qualquer procedimento acima desses valores (BRASIL, 1998). Assim, em 2001, a taxa de cesárea caiu de 32% para 24% nos hospitais públicos, colocando o Brasil em situação mais favorável que México e Chile (VOLOCHKO, 2003).

Observam-se algumas “contradições” aparentes quanto às taxas de cesáreas prevalentes no Brasil e o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) emitido no início de 2008, relacionado com a meta quatro dos Objetivos do Milênio, a qual prevê a redução da taxa de mortalidade infantil pela metade até 2015. Esse relatório revela que o Brasil reduziu a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos, porém dados mostram que, entre as crianças que morrem durante o primeiro ano de vida, 66% morrem durante o primeiro mês e 51% na primeira semana. Estes dados relacionam-se diretamente com a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto (UNICEF, 2008).

No entanto, a popularidade da cesárea persiste nos hospitais privados. E o que se nota nas últimas décadas é que as maternidades privadas estão ficando cada vez mais semelhantes com hotéis de luxo. Existem serviços de quarto, restaurante 24 horas, horário livre para visitas, lojas de conveniência, televisão, frigobar, recepcionistas elegantes, berçários bem decorados, quartos pintados com cores delicadas, quadros nas paredes, telões para anunciar a chegada dos bebês e sala de espera com sofás de couro. São grandes empresas, cada uma procurando seu lugar ao sol nesse grande mercado do nascimento (ALMEIDA et al., 2002).

No caso brasileiro, a questão da assistência ao parto deve ser compreendida no contexto de um conjunto complexo de fatores característicos da atenção à saúde reprodutiva no Brasil, que inclui taxas de esterilização e partos cirúrgicos dos mais

elevados do mundo. Esse processo de indicação de parto cesáreo iniciou com a informação errônea de que a diminuição da morbimortalidade materna, fetal e neonatal estava diretamente relacionada a este tipo de parto, o que mais tarde observou-se não ter fundamento (BERHARDT, 2001).

Para Stafford (1991), vários estudos sugerem que fatores não clínicos podem influenciar o uso de cesárea como método de nascimento, bem como responder por variações no cuidado obstétrico e de outras práticas médicas (TUSSING; WOJTOWYCZ, 1992). Estes fatores incluem características hospitalares tais como tipo de hospital, tamanho e a presença de facilidades especiais (BERKOWITZ et al., 1989; MCCLOSKEY et al., 1992). Também incluem treinamento médico, incentivos financeiros e solicitação materna. Desconhecem-se como estes fatores influenciam a taxa de cesárea. Uma razão é que nenhum fator isolado pode responder por essa complexa rede de influências na decisão de realizar cesárea; a outra, é que estudos anteriores não têm controlado adequadamente as características clínicas e sociais do paciente com as influências dos múltiplos fatores não clínicos (BURNS et al., 1995).

No Brasil como em outros países, várias iniciativas de profissionais críticos e de formuladores de políticas de saúde têm denunciado e tentado reorientar abusos e distorções na prática médica. Os resultados dessas iniciativas, em especial das relativas à assistência ao parto, mostram-se bastante lentos e limitados. O aumento da frequência da cesárea, por exemplo, é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo, mas em nenhum país a curva de aumento é tão acentuada, nem as taxas alcançam níveis tão elevados como no Brasil, visto que regiões inteiras apresentam taxas acima de 70% (FAÚNDES; CECCATTI, 1993) e em alguns serviços se conservam acima de 90% (DINIZ, 2005).

Em alguns estudos efetuados em hospitais-escola (ROCK, 1993; ELFERINK-STINKES et. al., 1996), observaram-se índices mais baixos de parto cesáreo do que em outros hospitais. Neste contexto, estudo efetuado por Rock (1993) nos Estados Unidos, para avaliar a influência do estado de risco da paciente na incidência e indicações para o parto realizado cirurgicamente, levantou-se que os índices de

parto cesáreo, em hospitais terceirizados, deveriam ser comparados aos dos hospitais comunitários, somente quando levados em conta grupos diferentes de pacientes e/ou a idade gestacional, já que os riscos obstétricos entre as duas populações podem explicar, ao menos em parte, esses efeitos.

Para analisar os tipos de partos efetuados, é necessário considerar os fatores demográficos, socioeconômicos e reprodutivos que englobam idade, educação, outras experiências de mulheres na rede de trabalho social e fatores relacionados com experiências reprodutivas (igualdade de partos, partos anteriores por cesárea e qualidade da última experiência de parto) (GOMES et al., 1999).

3.5 O Direito Inalienável de Escolha

Saúde tem se tornado secundária a um corpo sexualmente atraente. Não se acredita que alguém tenha o direito de exigir que uma mulher tenha um parto normal, mas também ninguém poderia forçá-la a ter uma cesárea. Ressalta-se mais uma vez, que as taxas de cesárea estão aumentando. Nos países onde as mulheres têm menos assistência elas também recebem poucos cuidados? Talvez a situação seja mais dramática em países onde as mulheres têm uma obsessão em manter o corpo sexualmente atraente. Qual o papel do médico nesse fenômeno? (BASTIAN, 2001).

Muitas mulheres escolhem seu médico por recomendação de amigo ou parente. A relação médico-paciente personalizada é importante para elas. Descrevem como empatia, química, qualidades humanas, estar no “mesmo comprimento de onda” ou falar a mesma linguagem que seus obstetras, aos quais se referem pelo primeiro nome (MURRAY, 2000).

A elevada taxa de cesáreas no Brasil não reflete apenas a decisão do obstetra, mas também a pressão que alguns usuários e familiares fazem aos médicos, devido à crença geral de que a cesárea seria melhor para a mãe e para o

recém-nascido. Questiona-se: por que as mulheres brasileiras ainda escolhem cesárea? Pode estar sendo difundido na mídia o conceito de que cesárea é mais moderno e seguro, já que é a forma preferida de parto de ricos e famosos no país, a exemplo de artistas da mídia (DINIZ, 2005).

Outra razão para altas taxas de cesárea raramente é discutida. Quando os cuidados na gravidez são caracterizados por hegemonia médica e as parteiras são marginalizadas, as taxas são mais elevadas, como acontece na América do Norte e no Brasil. Parteiras focam não o potencial para a anormalidade, mas para a normalidade da gravidez. Para uma parteira, uma apresentação pélvica é uma variante do normal; para o médico, é uma condição patológica. Taxas de cesáreas são menores quando as parteiras atendem ao parto (WAGNER, 2000). Médicos tendem a preferir a tecnologia. Como sentenciou um obstetra canadense: “a natureza é má obstetra” (WAGNER, 2000, p.73).

O desejo das mulheres precisa ser considerado. Em 1999, no *British Medical Journal*, uma professora feminista lamentou “a permanência até hoje da sentença bíblica de dor para as mulheres no parto” e um consumidor disse “eu não acredito que alguém tenha o direito de impor a uma mulher um parto vaginal” (SHOWLATER; GRIFFEN, 1999, p. 223; BASTIAN, 2001, p.441). Um trabalho de parto difícil e o relato de seus efeitos para o assoalho pélvico podem influenciar a decisão de uma mulher bem informada (AL-MUFTI et al., 1996). Na Itália, porém, onde a escolha das mulheres para o parto deve ser respeitada por lei, 4% de mulheres leigas escolhem cesárea. Mesmo que isso seja uma minoria que possa escolher cesárea, contribuindo pouco para o aumento da taxa dessa cirurgia, não há dúvida de que a escolha da mulher tem um grande impacto nas decisões a respeito da cesárea em situações obstétricas que não estão completamente definidas (PATERSON-BROWN, 1998).

Complexo, polêmico e atual, é a escolha do tipo de parto pela gestante. Segundo o Parecer 190/2008 é ético a cesariana a pedido de acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ, 2008). A literatura é controversa ao referir os riscos e benefícios existentes entre o parto

vaginal e cesáreo e, na escolha ética, devem ser respeitadas a autonomia da paciente, após consentimento livre e esclarecido, e a não-maleficência da conduta médica. Nesse parecer são listados os fatores responsáveis pelo aumento do número de partos cesáreos no Brasil, do ponto de vista médico, materno e da saúde pública, e o parecerista conclui que a “paciente pode ter a opção do parto cirúrgico quando, mesmo após devidamente esclarecida e orientada, se assim o desejar (...)” (CREMERJ, 2008, p.26).

Muitas condutas obstétricas dentro das paredes hospitalares permanecem nas mãos de pessoal mais jovem. Consultores podem ser contatados num caso difícil, mas freqüentemente o mais fácil é ordenar a realização de cesárea. Até que haja um consultor no local, esta situação não irá mudar. No Reino Unido, verifica-se o custo anual de cinco milhões de libras do Serviço Nacional de Saúde para cada 1% de aumento da taxa de cesárea. É mais freqüentemente visto o retardo de fazer uma cesárea do que de uma intervenção desnecessária, e o custo de quatro ou cinco processos com sucesso, para bebês com dano cerebral, talvez exceda cinco milhões de libras (CLEMENTS, 1995).

Tem a mulher um inalienável direito de escolha para cesárea? Está claramente estabelecido que uma pessoa possa recusar um tratamento médico, mas o inverso não é verdadeiro – ela não pode exigir um tratamento que não está medicamente indicado. Se a mulher solicita cesárea, mas é isto recusado por não estar indicado, pode-se afirmar que ela tem um parto vaginal forçado? Gravidez não é doença. Muitas mulheres não precisam de tratamento médico ou cirúrgico durante a gravidez, o parto e puerpério. Parto vaginal é a consequência de estar grávida, um estado pelo qual ela e seu parceiro devem ter responsabilidade, não o profissional médico (WAGNER, 2000).

O mau uso da cesárea lesa a comunidade, e nem mesmo os países mais ricos podem fazê-lo. Uma cesárea que é realizada porque a mulher solicita, requer um cirurgião, um segundo assistente, um anestesista, enfermeiras, equipamentos, sala operatória, sangue pronto para ser transfundido e permanência hospitalar mais longa e isso contribui para um maior aporte de recursos para a rede pública. A

média total de custos da cesárea é 61% mais alta que o vaginal, em geral por maior permanência hospitalar e serviço médico. Estima-se que reduzir a taxa de cesárea de 23,5% para 15% economizaria um bilhão de dólares em taxas médicas e hospitalares nos Estados Unidos (RATTNER, 1996). No Brasil, há hospitais com 100% de taxa de cesárea e Estados com 47,7%; isto é uma enorme drenagem de recursos já limitados no país. Pior, as taxas de mortalidade materna têm se elevado nas áreas com maiores taxas de cesáreas, portanto cesárea desnecessária é um luxo caro e perigoso (WAGNER, 2000).

Na literatura há uma ampla discussão de que o avanço tecnológico tem tornado o nascimento abdominal mais seguro. Todavia, não há provas da relação causal entre uso de tecnologia e aumento de cesárea (SACHS et al., 1999). Não tem sido verificado nenhuma melhora significativa, em países industrializados nos últimos 20 anos, da taxa de paralisia cerebral, baixo peso, mortalidade materna ou fetal e perinatal (WAGNER, 2000). Diferentemente da pesquisa realizada por Duarte et al. (2006), no Brasil, que observou melhora acentuada da taxa de mortalidade perinatal (34,2%) de 1991 a 2000, mesmo com taxas de cesárea mantendo-se em torno dos 30%.

Outro ponto ético é o igual acesso à saúde. Se mulheres saudáveis podem optar por cesárea, todas as mulheres teriam este direito? Discussões de igual acesso precisam começar pela questão: acesso a quê? Se algumas podem aumentar as mamas quando as acham pequenas, poderia ser usado fundos de saúde, mesmo sendo limitados, para permitir que todas mulheres aumentassem as mamas? (WAGNER, 2000). À luz desses assuntos éticos, o Comitê de Assuntos Éticos de Reprodução Humana e Saúde da Mulher - FIGO (2000, p.31) evidencia: “realizar cesárea por razões não médicas é eticamente injustificado”.

O que acontece com a cesárea atualmente, já aconteceu com a amamentação no século passado e são os desfavorecidos economicamente que pagam o enorme custo. Para uma comunidade médica e sociedade que trazem as mulheres para a situação de “preferir” (grifo nosso) uma cirurgia para dar a luz,

sérias questões precisam ser respondidas, de preferência antes que as mulheres paguem esta tendência com suas vidas (BASTIAN, 2001).

Embora a “epidemia” de cesárea na América Latina não seja nova, pouco tem sido feito para controlá-la. Isto acontece porque a cesárea eletiva é culturalmente aceita como um modo normal de se ter um filho. Para ser efetiva, qualquer ação deveria envolver profissionais da saúde, escolas médicas, autoridades em saúde, associações médicas, parteiras, enfermeiras, a população em geral e a mídia (BELIZÁN et al., 1999).

PACIENTES E MÉTODOS

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal que visa descrever e analisar as características das gestações, partos e nascimentos da região metropolitana de Aracaju, constituída de quatro municípios: Aracaju, capital do Estado de Sergipe, na região Nordeste do Brasil, Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão, inserido no “Estudo Epidemiológico-Social de Saúde Perinatal de Partos Únicos Hospitalares de Aracaju-2005”.

4.2 Caracterização da Cidade de Aracaju

Ocupando uma área de 181,8 Km², Aracaju conta atualmente com uma população de 544.039 habitantes segundo dados de 2009 do IBGE, com uma densidade demográfica de 2.535,19 hab/km². O município de Aracaju possuía uma população estimada em 491.898 habitantes para o ano de 2005 (SERGIPE, 2005), distribuída em sua totalidade na área urbana, haja vista o município não dispor praticamente de área rural.

Aracaju concentra 27,3% da população do Estado de Sergipe e está localizada na região litorânea, cortada pelos rios do Sal, Poxim, Pitanga e Canal de Santa Maria, além de possuir duas bacias hidrográficas: Rio Sergipe e Vasa Barris. Sua posição geográfica é determinada pelas coordenadas latitudes – 10° 55’ 33” (ARACAJU, 2002; IBGE, 2004).

Atualmente, a cidade projeta-se como principal centro turístico do Estado, detém o maior número de indústrias, comércio e a prestação de serviços, que tem também grande peso na economia da cidade. O comércio atende à população local e dos outros 74 municípios do estado, considerando que o município mais distante está localizado há aproximadamente 201 Km da capital. Outro fator muito importante na economia local é a existência de exploração de poços petrolíferos concentrados na região litorânea do município. Ainda como atividades econômicas destacam-se serviços de saúde, social e administração pública. A renda *per capita* em 2002 estava estimada em R\$ 6510,00 sendo uma das mais elevadas da região Nordeste (IBGE, 2005).

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS-2006) revela que a taxa de fecundidade entre as mulheres aracajuanas está em 1,6 nascidos vivos/mulher, inferior à dos demais estados da região Nordeste que registrava para aquele ano, 1,8 nascidos vivos/mulher. A taxa de mortalidade materna para o município foi estimada em 77,5/100.000 nascidos vivos em 2004, superior à verificada para o Estado de Sergipe, que apresentou naquele ano 56,61/100.000 nascidos vivos (SERGIPE, 2005).

Aracaju concentra os serviços de baixa, média e alta complexidade de saúde do Estado. O sistema de saúde do município é habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, desde junho de 2001, através da portaria MS Nº 707 de 9/5/2001, quando a municipalidade passou a assumir a gestão de todos os serviços de atenção básica, média e de alta complexidade, ambulatorial e hospitalar.

A rede pública da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju possui 46 Unidades de Saúde da Família, localizadas em 29 bairros, perfazendo um total de 128 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas na população de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde - uma ESF para 3.450 habitantes, e uma cobertura de 94% (SERGIPE, 2006).

A rede hospitalar de Aracaju é composta de um Hospital Público de grande porte, três hospitais filantrópicos, um hospital universitário, um hospital privado, um Hospital Municipal, duas clínicas hospitalares privadas, uma maternidade pública, uma clínica cardiológica e duas clínicas psiquiátricas. Todas as unidades hospitalares são conveniadas com o Sistema Único de Saúde, fazendo-se exceção para uma clínica privada. Nessa rede hospitalar existiam, em 2005, quatro maternidades, sendo uma pública (Maternidade Hildete Falcão), duas privadas (Santa Helena e Renascença) e uma fundação privada (Hospital Santa Izabel). Aproximadamente 40% dos partos de Sergipe acontecem em Aracaju, por concentrar o maior número de instalações e leitos hospitalares. Em relação à população dependente do SUS, Aracaju encontra-se atualmente no patamar de 86% de dependência do SUS (SERGIPE, 2006).

Uma recente pesquisa divulgada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) apontou Aracaju como a melhor capital em qualidade de vida, de acordo com o índice de satisfação de seus habitantes. Foram avaliadas todas as 26 capitais de unidades da federação e a cidade de Brasília, no Distrito Federal. O estudo, coordenado por Fernando Blumenschein e desenvolvido pelo economista Ricardo Wyllie e o consultor Rodrigo Fernando, da FGV, denominado Índice de Condições de Vida (ICV) utiliza dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2002 / 2003) do IBGE, realizada em uma amostra de 48.470 domicílios. Essa pesquisa contém informações sobre a satisfação das pessoas em relação a 12 quesitos, dentre eles a oferta de serviços públicos, alimentação, moradia, renda e problemas com a violência (BRASIL, 2006b).

4.3 Estudo Epidemiológico-Social da Saúde Perinatal de Partos Hospitalares de Aracaju

4.3.1 Fontes de Dados

Em 1994, o Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe, contando com o suporte técnico da Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Departamento de Puericultura e Pediatria, elaborou um projeto de pesquisa intitulado “Estudo Epidemiológico-Social de Saúde Perinatal de Partos Hospitalares de Aracaju”, inserido em um projeto maior, que engloba mais três outros estudos, como parte da consolidação da pós-graduação em Ciências da Saúde, submetendo-o à avaliação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq). O referido projeto foi aprovado (Processo Nº 620110/2004) e, posteriormente, deu-se início à fase preparatória para a concretização do estudo, que permitiu a criação de uma coorte de nascimentos da região metropolitana de Aracaju, gerando um banco de dados consistente, que proporcionará o seguimento desta coorte no decorrer da vida, avaliando as contribuições dos eventos perinatais na vida futura das crianças investigadas (GURGEL et al., 2009).

4.3.2 A População e a Amostra do Estudo

Em Aracaju, a maioria dos nascimentos ocorre em hospitais–maternidades, semelhante ao que acontece em Ribeirão Preto (RIBEIRO et al., 2000). Dados disponíveis em Sergipe (2005) revelam que no ano de 2004, 99,7% dos partos aconteceram em ambiente hospitalar.

A partir dessa constatação foi feita a previsão do número de nascimentos para o ano de 2005, sendo estimados os nascimentos de aproximadamente 13.521

crianças, incluindo todos os nascimentos que ocorreriam em Aracaju, procedentes deste município e dos demais municípios que compõem a grande Aracaju. Esse número foi projetado com base em informações dos nascimentos ocorridos no ano de 2004, pela Coordenação de Informação em Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Dessa forma, a amostra calculada constou de 4.507 crianças/mães (um em cada três nascidos vivos), optando-se, então, por coletarem-se os dados referentes a todos os nascimentos vivos de quatro meses consecutivos, já que em análise prévia dos nascimentos de 2004 foi constatado que não havia sazonalidade na distribuição dos nascimentos, e nem na distribuição de algumas variáveis importantes para o estudo, como nas taxas de baixo peso ao nascer, idade materna no parto e gemelaridade.

Foi estudada uma amostra dos partos hospitalares durante quatro meses no ano de 2005 em Aracaju (23 de março a 15 de julho), já que praticamente a totalidade dos partos da região metropolitana ocorre na capital. Considerando a previsão da pequena ocorrência de partos (200 nascimentos para todo o ano de 2005) nos hospitais de pequeno porte existentes em São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro, e devido aos custos elevados para a realização da coleta dos dados, não foram coletadas informações nesses municípios. A amostra correspondeu a 4746 recém-nascidos vivos de parto único hospitalar, de mulheres procedentes da Grande Aracaju.

4.3.3 Condução do estudo

O acompanhamento dos nascimentos ocorridos em todos os hospitais-maternidades através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) foi realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e Secretarias Municipais dos outros municípios inseridos no estudo, vez que este sistema determina que os hospitais encaminhem às Secretarias uma via do Certificado de Nascidos Vivos, preenchido no hospital por ocasião do nascimento. Esta sistemática permitiu a comparação de dados entre os questionários coletados e o SINASC e, caso identificadas divergências, todas seriam investigadas. Os questionários que

deixaram de ser realizados foram detectadas e os dados obtidos através do SINASC complementados com dados disponíveis no prontuário hospitalar, sendo as mães contatadas para a aplicação de questionários *a posteriori*.

Para a concretização da pesquisa foi composto um grupo com quatro docentes da Universidade Federal de Sergipe, objetivando a elaboração do questionário, (ANEXO A), que aconteceu com suporte técnico de docentes do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Ribeirão Preto-USP. O questionário foi construído especialmente para o estudo, e após sua elaboração, as atividades foram implementadas para o início da pesquisa.

4.3.4 Organização e Treinamento

Em janeiro de 2005 foram contatados os diretores dos quatro hospitais-maternidades de Aracaju que prestam atendimento obstétrico. Foram enviados pedidos oficiais e em resposta, obteve-se permissão para a implementação do trabalho em todos eles. Concomitantemente, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética do Hospital Universitário, para a avaliação e aprovação. Intensificou-se a fase preparatória da pesquisa objetivando o recrutamento de entrevistadores, que foram selecionados a partir de experiências prévias em pesquisas realizadas pelo Núcleo de Pós-Graduação em Medicina. Após a seleção dos entrevistadores e posterior escolha das equipes de trabalho, iniciou-se o treinamento teórico-prático realizado pelos coordenadores, supervisores e colaboradores da pesquisa, tomando-se como referência o manual para o preenchimento dos questionários.

4.3.5 Trabalho de campo e sua operacionalidade

A sistemática de trabalho adotada no estudo consistiu na verificação diária da listagem das pacientes internadas em trabalho de parto, para evitar perda de casos.

Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de questionário com as mães, utilizando-se um formulário padronizado que contém 114 perguntas, entre abertas e fechadas, e aborda itens relativos aos pais, à renda familiar, à gestação, ao recém-nascido, à cor da pele e à reprodução. A aplicação do questionário foi realizada após o parto, com as mães em boas condições físicas e conscientes. Os dados referentes à mensuração de parâmetros antropométricos dos recém-nascidos, como peso e comprimento, foram também pesquisados. A pesagem considerada foi a aferida logo após o nascimento, assim como o comprimento, esse último realizado com craveiras especialmente construídas para o projeto.

Quando não foi possível a aplicação do questionário devido à alta hospitalar precoce, mãe sem condições emocionais de respondê-lo, entre outros, foi realizado o preenchimento da ficha, mesmo de forma incompleta, com os dados dos prontuários hospitalares e do SINASC. Todas as recusas foram comunicadas aos supervisores e/ou coordenadores de campo que imediatamente tentaram revertê-las. Esta estratégia contribuiu para o baixo índice de recusa (0,64%) que foi obtido no estudo.

4.3.6 Estudo piloto e controle de qualidade dos dados

O estudo-piloto teve início em 8/3/2005 ocasião em que foram entrevistadas 513 puérperas dos quatro hospitais-maternidades existentes a época em Aracaju.

A coleta definitiva do estudo iniciou-se em 23/3/2005, e finalizou-se em 15/7/2005. Foi também estabelecido que a equipe composta pelos coordenadores, supervisores, entrevistadores e colaboradores reunir-se-iam semanalmente para discussão e avaliação do estudo.

Todos os questionários foram revisados pelos supervisores, corrigidos e enviados para a codificação, sendo elaborado um manual específico que foi constantemente revisado e aprimorado a partir das dificuldades emergidas da prática. Além do manual, os codificadores utilizaram um GESTOGRAMA (tecnologia

de apoio ao controle pré-natal que o MS passou a adotar no ano de 2000, recomendado pelo CLAP- Centro Latino Americano de Perinatologia, para avaliação do ganho de peso em função da idade gestacional, sendo que a interpretação desse gráfico para uma determinada idade gestacional é considerada como normal, quando o valor do aumento de peso estiver entre os percentis 25 e 90, e anormal quando o aumento de peso for maior que o percentil 90 ou estiver abaixo do percentil 25), o que facilita o acompanhamento da gestação MS/OPAS/OMS/2005). Quando o dia era desconhecido, mas a mãe lembrava-se do mês, foi padronizado o dia 15 daquele mês para a realização dos cálculos, quando o Capurro (avaliação que foi realizada pelo pediatra que recepcionava a criança ao nascer), foi dado como ignorado durante a coleta dos dados.

Quanto à adequação da assistência pré-natal foi utilizado o índice denominado *Adequacy of Prenatal Care Utilization - APNCU*, ou Índice de Kotelchuck. Neste estudo, o Índice de Kotelchuck (1994), foi adaptado ao elaborado por Goldani et al. (2004) que estudaram adequação do pré-natal em Ribeirão Preto/SP, utilizando como referência as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde, Brasil (1988), que estabelece um calendário mínimo de 6 consultas de pré-natal para uma gestação a termo, 5 visitas para uma gestação de 33 a 36 semanas, 4 visitas para uma gestação de 29 a 28 semanas, 3 consultas para 24 a 28 semanas de gestação e 2 visitas para menos de 24 semanas de gravidez. A partir dessas adaptações, a adequação do pré-natal foi classificada em três categorias: assistência intensa e adequada que foram agrupadas na categoria “adequado”, a classificação intermediário foi somada aos inadequados, categorizada como “inadequados” e “não fizeram o pré-natal” para as mães que não tiveram assistência durante a gravidez.

Foram selecionados 500 questionários já codificados e revisados pelos docentes responsáveis por esta pesquisa e através do programa EPI INFO foi construído um *view* (máscara) para inserção dos dados coletados dos questionários. Nesse momento, foi realizada a digitação dupla, em que dois digitadores ao mesmo tempo cadastravam os questionários, com a finalidade de evitar erros, e esse mecanismo proporcionou a realização de comparação das informações, tendo sido verificada uma margem de erro inferior a 1%.

4.4 Seleção de Dados e Variáveis do Estudo

Para a seleção e análise dos dados foram utilizadas informações obtidas no questionário do Estudo Epidemiológico–Social da Saúde Perinatal de Partos Hospitalares de Aracaju.

Cinco dimensões principais, potencialmente relacionadas às diferenças no parto, foram exploradas: (1) a dimensão das influências sociais constituída pelas variáveis representando as características sócio-demográficas maternas: “*Idade da mãe*”, “*Cor referida*”, “*Escolaridade*”, “*Renda familiar*”, “*Situação Conjugal*”, “*Tipo de Internação*”, “*Tipo de Maternidade*” e “*Município*”; (2) a dimensão das influências da experiência reprodutiva representada pelas variáveis “*Gestação anterior*”; “*Cesárea prévia*”; “*Aborto anterior*”; “*Natimorto anterior*” e (3) a dimensão das influências do pré-natal representada pelas variáveis “*Tabagismo na gravidez*”; “*Etilismo na gravidez*”; “*Categoria de pré-natal*”; “*Adequação do pré-natal*”; “*Hipertensão*”. (4) dimensão das influências dos fatores na admissão e parto, representados pelas variáveis “*Duração da Gestação*”; “*Dia da Semana*”; “*Motivo da Cesárea*” e a (5) dimensão das influências relativas ao RN representada pelas variáveis “*Sexo*”; “*Peso*”; “*Comprimento*”; “*Hora de Nascimento*”.

As variáveis no estudo se referem às dimensões potencialmente relacionadas às diferenças no parto e foram classificadas como variáveis independentes e tipo de parto como desfecho ou variável dependente:

- “*Idade da mãe*” no parto, em anos completos, nos seguintes intervalos de classe: ≤ 19 , 20 a 34, 35 anos e mais.
- “*Cor auto-referida*”, com as seguintes especificações: branca e outras (parda, preta, amarela e indígena) segundo os critérios adotados pelo IBGE (2005).
- “*Escolaridade*” materna em anos completos de estudo, dividida em três categorias: até 4 anos; 5 a 8 anos e 9 ou mais anos.
- “*Renda familiar*” em salários mínimos (SM): <1 SM, $1 < 3$ SM e ≥ 3 SM.

- “Situação conjugal” materna: dividida em duas categorias - sem companheiro e com companheiro.
- “Tipo de internação” para o parto, composta de duas categorias: Não SUS (inclui o atendimento particular, convênios e previdência estadual) e SUS (atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde).
- “Tipo de maternidade” onde ocorreu o parto, composta por duas categorias: SUS (de natureza eminentemente pública) e Não SUS (de natureza eminentemente privada).
- “Município” de procedência da mãe: Aracaju (originário da capital Aracaju) e Outros (oriundos dos demais municípios-Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristovão).
- “Número de gestações anteriores”: número de gestações referidas pela mãe, divididos em três categorias (1, 2-3 e 4 ou mais).
- “Cesárea prévia”: informadas pela mãe, dividida em três categorias: 1 cesariana, 2 ou mais cesarianas ou nenhuma cesariana, excluindo as primigestas.
- “Abortos prévios” referidos: informados pela mãe (provocados ou espontâneos), divididos em duas categorias: sim e não, excluindo as primigestas.
- “Tabagismo na gravidez”: considerada presença ou ausência do hábito (sim ou não), independente do número de cigarros.
- “Etilismo na gravidez”, em frequência semanal. Neste estudo foi considerada a presença ou ausência da utilização de bebida alcoólica (sim ou não) e em frequência semanal: < de 2 e ≥ 2 doses.
- “Categoria de pré-natal”: dividida em: SUS (público) e Não SUS (privado -inclui o tipo particular, convênios e previdência estadual).
- “Adequação do pré-natal” com base em índice construído especialmente para este estudo, de acordo com o índice APNCU - Adequacy of Prenatal Care Utilization, modificado (adequado, quando iniciado até o quarto mês de gestação e com um mínimo de seis consultas para gestação a termo, e ajustado para a idade gestacional; inadequado, quando não preenchidos os parâmetros já relatados ao adequado, e não fez pré-natal).
- “Hipertensão” arterial na gestação atual, divididos em duas categorias: sim e não.

- “Duração da gestação”: informada pela mãe, expressa em semanas completas. Foi dividida nos seguintes intervalos de classe: até 34 semanas; 35 e 36 e 37 ou mais semanas (WHO 1977).
- “Dia da semana” que ocorreu o parto, dividido nos sete dias da semana (domingo; segunda, terça, quarta, quinta, sexta e sábado).
- “Motivo da cesárea” foi agrupada e em seguida dividida em 10 categorias: não se aplica (não fez cesárea), sem dilatação, bacia estreita, bolsa rota, cesárea anterior, posição do feto, cordão, outros, não sabe, sem informação.
- “Sexo do RN”, divididos em duas categorias: masculino e feminino.
- “Peso do RN”: considerado o peso medido logo após o nascimento. Foram estabelecidas quatro categorias de peso ao nascer: < de 2500g, 2500 |- 3000g, 3000g |- 4000g e 4000g ou mais.
- “Comprimento do RN”: foram estabelecidas quatro categorias: < 47 cm, 47 e 48 cm, 49 e 50 cm e 51 cm ou mais.
- “Hora do nascimento”, foi dividida nos seguintes intervalos: 0h a 5h59’, 6h a 11h59’, 12h a 17h59’ e 18h a 23h59’.

4.5 Análise e Interpretação dos Dados

O banco de dados para a entrada e análise das informações foi criado a partir do protocolo padrão de coleta dos dados (“Estudo Epidemiológico-Social da Saúde Perinatal de Partos Hospitalares de Aracaju”), para esta fase foi utilizado o programa Epidata 3.01. O mesmo programa foi utilizado para limpeza e checagem dos dados. As análises preliminares foram conduzidas utilizando o programa Epi-Info 6.04 e análises complementares (Regressão Logística) foram realizadas utilizando o programa Stata 9.0.

Para responder ao primeiro objetivo do estudo utilizou-se estatística descritiva. Foram calculadas as distribuições de frequência das variáveis segundo o tipo de parto (cesárea e normal). A frequência absoluta e relativa da distribuição das

puérperas de acordo com a prevalência dos fatores de interesse foi descrita. A associação entre variáveis independentes e os desfechos, nos quatro hospitais-maternidades, é apresentada utilizando-se tabelas de contingência para cada um dos fatores de acordo com a presença do desfecho. Essa associação foi avaliada por meio do teste do Qui-Quadrado (χ^2), com nível de significância $\alpha=0,05$.

Utilizou-se o modelo de regressão logística múltipla, passo a passo, com eliminação retrógrada das variáveis, com base na razão de verossimilhança, para cálculo das *odds ratio* (OR) ajustadas dos fatores associados à cesariana. Para esta análise foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram valores de $p < 0,25$ no teste χ^2 realizado anteriormente (HOSMER e LEMESHOW, 1989): escolaridade da mãe, renda familiar, adequação do pré-natal, hipertensão na gestação, dia da semana do parto, categoria da internação, hora do parto, idade materna, situação conjugal, número de gestações e duração da gestação. No modelo final ajustado, foram mantidas as variáveis que apresentaram $p < 0,10$.

Para a análise envolvendo as variáveis *cesáreas e abortos prévios* foram excluídas as primíparas, visto que elas não teriam oportunidade de experimentar essas condições prévias, e não foram feitos ajustes para as demais variáveis.

4.6 Aspectos Éticos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O projeto foi aprovado, após análise do Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe – Campus da Saúde, em reunião realizada em 10/12/2004, processo 138/2004 (ANEXO C) e todos os questionários foram aplicados após explicação dos objetivos da pesquisa e após os participantes do estudo terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (ANEXO B), além de atender às exigências éticas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Aspectos Gerais

5.1.1 Dimensão das influências sociais constituída das variáveis sócio-demográficas maternas

As características sócio-demográficas das usuárias foram avaliadas através das variáveis: *Idade da mãe*, *Cor referida*, *Escolaridade*, *Renda familiar*, *Situação Conjugal*, *Categoria de Internação*, *Tipo de Maternidade* e *Município* (Tabela 1). Dos 4746 partos estudados, 1498 (31,6%) foram cesáreos. Dentre os dados encontrados observou-se que 34,6% das cesarianas foram procedentes de Aracaju e 25,6% dos outros municípios pertencentes à grande Aracaju (São Cristóvão, Barra dos Coqueiros e Nossa Senhora do Socorro), ou seja, o parto cesariano foi mais freqüente entre as mães procedentes de Aracaju ($p < 0,001$). Quando observada a variável *Idade da mãe*, houve maior prevalência de cesariana na faixa etária ≥ 35 anos (42,1%), mais que o dobro da observada entre as mães adolescentes (18,1%) ($p < 0,001$).

Foi evidenciado a partir da variável *cor referida* que, embora apenas 14,3% das mulheres se declararam de cor branca, não houve diferenças no que concerne ao percentual de cesarianas, sendo de 31,3% entre as de cor branca e de 31,6% entre as que se declararam não brancas ($p = 0,881$).

Em relação à escolaridade verificou-se uma maior prevalência nas mulheres de maior escolaridade (44,2%), cerca de duas vezes e meia que a observada entre as menos escolarizadas (17,5%) ($p < 0,001$).

Quanto à variável *Renda familiar* observou-se que 49,7% das mulheres da faixa que recebiam três ou mais salários mínimos realizaram partos cesarianos, aproximadamente duas vezes e meia mais do que 20,9% das mulheres na faixa que recebia remuneração menor que *um salário-mínimo* e que se submeteu à cesariana ($p < 0,001$).

Em relação à situação conjugal, dentre as mulheres que não possuíam companheiro observou-se que 34,8% delas se submeteram ao parto cesáreo enquanto que no grupo de mulheres com companheiro este percentual foi menor, de 30,8% ($p = 0,017$).

Houve maior prevalência de cesária nas internações não SUS (convênios, previdência privada e particular) (77,1%) e nos hospitais de caráter eminentemente privados (não SUS) (47,8%) ($p < 0,001$).

Segundo a natureza da maternidade, foi evidenciado que nos hospitais de caráter eminentemente privado (não SUS) os partos cesáreos alcançaram o dobro do observado nos hospitais de caráter público (SUS) (47,8% e 23,4%, respectivamente) ($p < 0,001$).

TABELA 1: Distribuição das características sócio-demográficas maternas ao comparar tipos de parto. Aracaju, SE, 2005

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS MATERNAS	TIPO DE PARTO						P
	Cesárea (n=1498)*		Vaginal (n=3248)*		Total		
	N	%	N	%			
MUNICIPIO							<0,001
Aracaju	1094	34,6	2070	65,4	3164	66,7	
Outro	404	25,6	1177	74,4	1581	33,3	
IDADE DA MÃE							<0,001
< 20 anos	177	18,1	803	81,9	980	20,7	
20 a 34 anos	113	34,2	2194	65,8	3333	70,2	
35 anos ou+	182	42,1	250	57,9	432	9,1	
COR REFERIDA							0,881
Branca	212	31,3	465	68,7	677	14,3	
Não Branca	1285	31,6	2781	68,4	4066	85,7	
ESCOLARIDADE DA MÃE							<0,001
1 até 4 anos	164	17,5	774	82,5	938	19,8	
5 a 8 anos	373	22,8	1260	77,2	1633	34,4	
9 ou + anos	959	44,2	1211	55,8	2170	45,8	
RENDA FAMILIAR							<0,001
< 1 SM*	118	20,9	448	79,1	566	12,0	
1 a < 3 SM	647	23,9	2055	76,1	2702	57,2	
3 ou + SM	722	49,7	732	50,3	1454	30,8	
SITUAÇÃO CONJUGAL							0,017
Sem companheiro	323	34,8	605	65,2	928	19,6	
Com companheiro	1174	30,8	2641	69,2	3815	80,4	
CAT DE INTERNAÇÃO							<0,001
SUS	955	23,6	3085	76,4	4040	85,3	
Não SUS	536	77,1	159	22,9	695	14,7	
TIPO DE MATERNIDADE							<0,001
SUS	737	23,4	2415	76,6	3152	66,4	
Não SUS	761	47,8	832	52,2	1593	33,6	

NOTA: * A diferença entre os números se dá em razão das informações prejudicadas relativas a cada característica que está sendo analisada. * SM: Salário Mínimo

5.1.2 Dimensão das influências da experiência reprodutiva

A Tabela 2 apresenta as variáveis reprodutivas ao comparar o tipo de parto (cesárea e vaginal). A prevalência de cesarianas foi semelhante entre as primigestas (34,7%) e as mães com 2-3 gestações (34,4%), mas reduziu-se próximo à metade (19,2%) nas mães com quatro ou mais gestações.

Cesárea no parto atual foi cinco vezes e meia mais freqüente entre mulheres que tiveram uma cesárea anterior (81,0%) e mais de seis vezes mais frequente entre aquelas submetidas a duas ou mais cesáreas (93,5%), quando comparadas com as mulheres que nunca fizeram cesáreas (14,6%) ($p < 0,001$). Cesárea no parto atual também foi mais freqüente entre mulheres que tiveram abortos prévios (33,2%), comparando-se com as que não tiveram (27,2%) ($p < 0,001$).

TABELA 2 - Distribuição das características da vida reprodutiva segundo os tipos de parto. Aracaju, SE, 2005

CARACTERÍSTICAS DA VIDA REPRODUTIVA	TIPO DE PARTO						P
	Cesárea (n=1498)*		Vaginal (n=3248)*		Total		
	N	%	N	%			
N. DE GESTAÇÕES							<0,001
1	642	34,7	1210	65,3	1852	39,0	
2-3	678	34,4	1291	65,6	1969	41,5	
4 ou +	177	19,2	746	80,8	923	19,5	
CESÁREAS PRÉVIAS**							<0,001
1 cesárea	366	81,0	86	19,0	452	15,6	
2 ou mais	157	93,5	11	6,5	168	7,3	
Nenhuma	332	14,6	1939	85,4	2271	78,6	
ABORTOS PRÉVIOS**							<0,001
Sim	381	33,2	766	66,8	1147	39,7	
Não fez	474	27,2	1271	72,8	1745	60,3	

NOTA: * A diferença entre os números se dá em razão das informações prejudicadas relativas a cada característica que está sendo analisada.

** Cesárea e abortos prévios foram excluídas as primigestas (n=1855).

1.3 Dimensão das características maternas relativas ao pré-natal

Na Tabela 3 verifica-se que mães tabagistas na gestação tiveram menor proporção de cesarianas do que as que não fizeram uso do tabaco na gestação (17,9% e 32,3%, respectivamente) ($p < 0,001$). As mães que referiram consumo de álcool na gestação também tiveram menor proporção de cesarianas (25,7%) do que as que não consumiram bebidas alcoólicas na gravidez (33,1%) ($p < 0,001$).

Constatou-se que aproximadamente dois terços (63,9%) das mulheres fizeram acompanhamento pré-natal utilizando-se de convênios de saúde, previdência pública e privada (Não SUS). Menos de um quarto (22,5%) das mães atendidas pelo SUS foram submetidas à cesariana. Apenas 1,5% das mulheres não fizeram pré-natal, e destas, apenas 12,3% tiveram parto cesariano ($p < 0,001$).

A proporção de cesáreas foi duas vezes maior nas mães que tiveram atenção ao pré-natal considerada adequada (38,0%) quando comparadas à que tiveram pré-natal inadequado (18,9%), e mais de três vezes maior quando se compara com as mães que não fizeram pré-natal (12,0%) ($p < 0,001$).

Mulheres hipertensas durante a gestação tiveram proporção de cesáreas uma vez e meia maior do que as não hipertensas (44,1% e 29,4%, respectivamente) ($p < 0,001$).

TABELA 3: Distribuição das características maternas relativas ao pré-natal, segundo o tipo de parto. Aracaju, SE, 2005

CARACTERÍSTICAS MATERNAS RELATIVAS AO PRÉ-NATAL	TIPO DE PARTO						<i>p</i>
	Cesárea (n=1498)		Vaginal (n=3248)		Total		
	N	%	N	%	N	%	
TABAGISMO NA GRAVIDEZ							<0,001
Sim	45	17,9	206	82,1	251	5,3	
Não	1451	32,3	3041	67,7	4492	94,7	
ETILISMO NA GESTAÇÃO							<0,001
Sim	253	25,7	730	74,3	983	20,7	
Não	1243	33,1	2517	66,9	3760	79,3	
CATEGORIA DE PRÉ-NATAL							<0,001
SUS	810	22,5	2795	77,5	3605	76,1	
Não SUS	677	63,9	382	36,1	1059	22,4	
Não fez	09	12,3	64	87,7	73	1,5	
ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL							<0,001
Não fez	9	12,0	66	88,0	75	1,6	
Inadequado	277	18,9	1188	81,1	1465	32,2	
Adequado	1143	38,0	1868	62,0	3011	66,2	
HIPERTENSÃO ARTERIAL							<0,001
Sim	308	44,1	390	55,9	698	14,7	
Não	1189	29,4	2855	70,6	4044	85,3	

NOTA: * A diferença entre os números se dá em razão das informações prejudicadas relativas a cada característica que está sendo analisada.

5.1.4 Dimensão das características relativas às influências de fatores na admissão e parto

A Tabela 4 mostra que não houve diferença na proporção de cesarianas de acordo com a duração da gestação ($p=0,160$).

Evidencia-se que as cesarianas foram mais freqüentes na quarta-feira (36,0%), reduzindo-se nos sábados (26,8%) ($p<0,001$).

A tabela 4 também apresenta informações referentes às causas que motivaram a escolha da cesariana segundo o entendimento da mulher. Constata-se que ocorreu um grande quantitativo de causas que não se enquadram nas demais categorias (outros), de 7,4%. No tocante às causas fetais destacam-se a *posição do feto* com 2,7%; seguida por *cordão* com 0,8%. Quanto às causas maternas foi verificada uma maior frequência para *bacia estreita* com 10,9%, *sem dilatação* com 4,4% e *cesárea anterior* 1,5% ($p<0,001$).

TABELA 4: Distribuição das características relativas às influências dos fatores na admissão e parto, segundo o tipo de parto. Aracaju, SE, 2005

CARACTERÍSTICAS NA ADMISSÃO E PARTO	TIPO DE PARTO						<i>p</i>
	Cesárea (N=1498)*		Vaginal (n=3248)*		Total		
	N	%	N	%	N	%	
DURAÇÃO GESTAÇÃO							<i>0,160</i>
Até 34 semanas	31	24,8	94	75,2	125	2,8	
35 e 36 semanas	78	34,7	147	65,3	225	5,0	
37 ou + semanas	1319	31,7	2842	68,3	4161	92,2	
DIA DA SEMANA							<i><0,001</i>
Domingo	169	27,9	437	72,1	606	12,8	
Segunda	226	32,2	476	67,8	702	14,8	
Terça	260	34,8	488	65,2	748	15,8	
Quarta	245	36,0	436	64,0	681	14,3	
Quinta	221	32,9	451	67,1	672	14,2	
Sexta	209	30,1	485	69,9	694	14,6	
Sábado	168	26,8	474	73,8	642	13,5	
MOTIVO CESÁREA							<i><0,001</i>
Não se aplica	3247	68,4	-	-	3247	68,4	
Sem dilatação	207	4,4	-	-	207	4,4	
Bacia estreita	516	10,9	-	-	516	10,9	
Bolsa rota	49	1,0	-	-	49	1,0	
Cesárea anterior	73	1,5	-	-	73	1,5	
Posição do feto	128	2,7	-	-	128	2,7	
Cordão	36	0,8	-	-	36	0,8	
Outros	352	7,4	-	-	352	7,4	
Não sabe	90	1,9	-	-	90	1,9	
Sem informação	48	1,0	-	-	48	1,0	

NOTA: * A diferença entre os números se dá em razão das informações prejudicadas relativas a cada característica que está sendo analisada.

Ainda no que concerne ao motivo para escolha do parto cesáreo, observa-se, quando comparados tipo de hospital, que nos estabelecimentos de caráter predominantemente privado há uma grande percentagem da causa “outros” (causas mal definidas); 12,5% quando nos hospitais predominantemente públicos; 4,8%. Um aspecto relevante refere-se à causa “sem dilatação” com 8,8%, nos hospitais predominantemente privados, quatro vezes maior quando comparada com o público (2,1%), como pode ser constatado na Tabela 5.

TABELA 5: Distribuição das causas que motivaram a escolha da cesariana, segundo a mulher, ao comparar tipo de hospital. Aracaju, SE, 2005

Motivo Parto Cesáreo	Tipo de Hospital*				Total	
	Predominantemente Público		Predominantemente Privado		N	%
	N	%	N	%		
NA	2415	76,6	832	52,2	3247	68,8
Sem dilatação	66	2,1	141	8,8	207	4,4
Bacia Estreita	301	9,5	215	13,5	516	10,9
Bolsa Rota	24	0,8	25	1,7	49	1,0
Cesárea Anterior	18	0,6	55	3,4	73	1,5
Posição do Feto	65	2,1	63	3,9	128	2,7
Cordão	4	0,1	32	2,0	36	0,8
Outros	153	4,8	199	12,5	352	7,4
Não Sabe	63	2,0	27	1,7	90	1,9
Sem Informação	44	1,4	4	0,3	48	1,0
Total	3153	100,0	1593	100,0	4746	100,0

* → p < 0,05

*NOTA: NA: Não se aplica

5.1.5 Dimensão das influências das características relativas ao recém-nascido

A Tabela 6 mostra que não houve diferença na proporção de cesáreas em relação ao sexo ($p=0,174$) e comprimento ($p=0,914$) do RN. Cesarianas foram mais freqüentes entre os bebês mais pesados, 32,2% para os com peso entre 3000 e 4000g e 45,8% para os de 4000g ou mais, contra 28,9% para os de baixo peso ao nascer.

Com relação à hora do nascimento, verifica-se que houve maior concentração de nascimentos nos turnos matutinos (28,9%) e vespertinos (28,3%), isso sem levar em consideração o tipo de parto. Cesarianas foram mais freqüentemente realizadas no período 12:00 até 17:59h (35,5%) e menos freqüentes entre 0:00 até 5:59h (19,2%) ($p<0,001$).

TABELA 6: Distribuição das características relativas ao recém nascido segundo o tipo de parto. Aracaju, SE, 2005

CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AO RN	TIPO DE PARTO						p
	Cesárea (n=1498)*		Vaginal (n=3248)*		Total		
	N	%	N	%	N	%	
SEXO RN							0,174
Masculino	793	32,5	1650	67,5	2443	51,5	
Feminino	705	30,6	1597	69,4	2302	48,5	
PESO NO NASCIMENTO							<0,001
< 2500g	98	28,9	241	71,1	339	7,2	
2500 a < 3000g	267	26,4	745	73,6	1012	21,4	
3000 a < 4000g	994	32,2	2089	67,8	3083	65,2	
4000g ou +	135	45,8	160	54,2	295	6,2	
COMPRIMENTO							0,914
< 47 cm	236	32,2	497	67,8	733	15,4	
47 e 48 cm	419	31,5	912	68,5	1331	28,1	
49 e 50 cm	543	31,9	1161	68,1	1704	35,9	
51 cm ou +	300	30,7	676	69,3	976	20,6	
HORA NASCIMENTO							<0,001
0:00 a 5:59	188	19,2	792	80,8	980	20,9	
6:00 a 11:59	477	34,1	924	65,9	1401	28,9	
12:00 a 17:59	471	35,5	856	64,5	1327	28,3	
18:00 a 23:59	333	34,0	647	66,0	980	20,9	

NOTA: * A diferença entre os números se dá em razão das informações prejudicadas relativas a cada característica que está sendo analisada

5.2 Modelo Final Ajustado

Na Tabela 7 estão apresentados o Odds Ratio (OR) e seus correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e a significância estatística (p) do modelo de regressão logística múltipla ajustada conjuntamente para todas as variáveis independentes, seguido do teste proposto por Hosmer-Lemeshow (1999).

5.2.1 Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança do modelo de regressão logística múltipla ajustada conjuntamente para variáveis econômicas, de serviços de saúde, demográficas e reprodutivas

A categoria de internação foi fator de risco para a cesariana, pois foi observado que as mulheres que foram internadas pelo sistema privado tiveram mais chances de cesariana (OR:7,28; IC: 5,77-9,18, $p= 0,001$).

A hipertensão na gravidez foi outro fator importante de risco (OR: 2,06; IC:1,65-2,43, $p= 0,001$) na opção pela cesariana.

Também foram consideradas situações de risco para mulher ser submetida à cesariana, a situação conjugal sem companheiro (OR: 1,62) e a hora do parto (12:00 às 17:59, OR:1,52 e 18:00 até 23:59, OR:1,47) e a idade materna mais avançada (OR:1,43 para 35 anos ou mais).

Por outro lado, foram associadas à menor risco de cesariana a escolaridade materna mais baixa, até 4 anos de estudo (OR: 0,62), e a de 5 a 8 anos que apresentaram menor proporção de cesáreas (OR: 0,77); idade materna jovem (OR: 0,50 para menores de 20 anos); renda familiar de 1 a menos de 3 SM (OR:0,81); mães que não fizeram pré-natal (OR:0,46) ou fizeram pré-natal inadequado (OR:0,65), partos ocorridos aos sábados (OR:0,70) e entre 00:00 e 05:59 (OR:0,65) e mulheres com quatro gestações ou mais (OR:0,57).

Tabela 7. OR ajustados e correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC) para parto cesariano, segundo as variáveis econômicas, de serviços de saúde, demográficas e reprodutivas. Aracaju, 2005

continua

VARIÁVEIS ECONÔMICAS, DE SERVIÇOS DE SAÚDE, DEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS	OR	IC 95%		p
ESCOLARIDADE DA MÃE (anos)				
Até 4	0,62	0,49	0,79	<0,001
5 a 8	0,77	0,65	0,93	0,006
9 ou + (referência)	1,00			
RENDA FAMILIAR (SM) *				
Menos de 1 SM	0,84	0,63	1,11	0,222
1 a < 3 SM	0,81	0,68	0,97	0,020
3 ou + SM (referência)	1,00			
ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL				
Não fez	0,46	0,21	0,99	0,048
Inadequado	0,65	0,55	0,77	<0,001
Adequado (referência)	1,00			
HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO				
Sim	2,00	1,65	2,43	<0,001
Não (referência)	1,00			
DIA DA SEMANA DO PARTO				
Dom.	0,79	0,59	1,04	0,093
2ª	0,84	0,65	1,10	0,212
3ª	1,06	0,82	1,38	0,641
4ª (referência)	1,00			
5ª	0,95	0,73	1,24	0,723
6ª	0,79	0,61	1,04	0,093
Sáb.	0,70	0,53	0,93	0,012
CATEGORIA DE INTERNAÇÃO				
Convênios, prev. Publ. Partic. SUS (referência)	7,28	5,77	9,18	<0,001
	1,00			
HORA DO PARTO				
00:00 a 05:59	0,65	0,51	0,81	0,001
06:00 a 11:59 (referência)	1,00			
12:00 a 17:59	1,52	1,26	1,84	<0,001
18:00 a 23:59	1,47	1,19	1,80	<0,001

Tabela 7 (cont.). OR ajustados e correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC) para parto cesariano, segundo as variáveis econômicas, de serviços de saúde, demográficas e reprodutivas. Aracaju, 2005

conclusão

VARIÁVEIS ECONÔMICAS, DE SERVIÇOS DE SAÚDE, DEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS	OR	IC 95%		p
IDADE DA MÃE				
< 20 anos	0,50	0,40	0,63	<0,001
20 a 34 anos (referência)	1,00			
35 anos ou+	1,43	1,11	1,84	0,006
SITUAÇÃO CONJUGAL				
Sem companheiro	1,62	1,35	1,95	<0,001
Com (referência)	1,00			
NÚMERO DE GESTAÇÕES				
1 (referência)	1,00			
2-3	1,06	0,89	1,25	0,527
4 ou +	0,57	0,44	0,73	<0,001

Nota: *O número varia em cada variável devido às informações prejudicadas da característica que está sendo analisada.

** SM = Salário Mínimo

5.2.2 Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança do modelo de regressão logística múltipla ajustada para as variáveis cesárea e aborto anterior, excluídas as primigestas

Na Tabela 8 estão apresentados o Odds Ratio (OR) e seus correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e a significância estatística (p) do modelo de regressão logística múltipla ajustada conjuntamente para as variáveis independentes cesáreas e abortos anteriores (com a exclusão das primigestas), seguido do teste proposto por Hosmer-Lemeshow (1999).

Os fatores que mais influenciaram para a decisão por cesárea foi a mulher já haver realizado duas ou mais cesáreas em parto anterior (OR: 83,36) e uma cesárea anterior (OR: 24,85).

O aborto anterior relatado (OR: 1,33; IC: 1,13-1,57) também foi considerado situação de risco para cesárea no parto atual.

Tabela 8. OR ajustados e correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC) para parto cesariano, segundo as variáveis reprodutivas cesáreas e abortos anteriores. Aracaju, 2005

VARIÁVEIS REPRODUTIVAS	OR	IC 95%	p	
ABORTO ANTERIOR*				
Sim	1,33	1,13	1,33	<0,001
Não Fez (referência)	1,00			
CESÁREA ANTERIOR*				
1 cesárea	24,85	19,12	32,30	<0,001
2 ou mais	83,36	44,74	155,31	
Nenhuma (referência)	1,00			

Nota: *Nestas variáveis o número de observações é diferente devido à exclusão das pacientes primigestas.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Esse estudo foi realizado pelo interesse em se analisar mais detalhadamente os fatores que repercutem nas elevadas taxas de cesárea em Aracaju, de 31,6%, principalmente as referentes aos aspectos sócio-demográficos, maternos, experiência reprodutiva, assistência pré-natal, fatores na admissão e parto e relativas ao recém-nascido.

A elevada incidência do parto por cesárea no Brasil é um fato bem conhecido e amplamente discutido nos meios científicos e publicamente na mídia (BARROS et al., 1996; FAÚNDES; CECATTI, 1993; RATTNER, 1996; BÈHAGUE et al., 2002; ALMEIDA et al., 2008). Apesar da recomendação da OMS de taxas de cesarianas menores que 15% para todos os países (WHO, 1985), este procedimento continua em um patamar muito elevado no Brasil. Desde a década de 90 o problema da “epidemia” de cesarianas vem sendo apontado em nosso país (WANIEZ et al., 2006).

A taxa de cesariana de 31,6% encontrada neste estudo é muito próxima à observada em outros locais do país desde 30 anos atrás, como em Ribeirão Preto em 1978/79 (30,3%) (GOMES et al., 1999) e em Pelotas em 1993 (30,5%) (BARROS et al., 2006). É pouco menor que a verificada em São Luís/MA (33,7%) em 1997/98, também uma capital do Nordeste do país (RIBEIRO et al., 2007), mas bem inferior aos 50,8% observados em Ribeirão Preto em 1994, 51,5% evidenciados na mesma cidade em 1999 (ALMEIDA et al., 2008), e aos 45% de Pelotas em 2004. Ainda, essas taxas em Aracaju encontram-se próximas às taxas percentuais médias observadas recentemente no Brasil, de 33,8% dos 2,5 milhões de partos realizados em 2005 (CHAILLET; DUMONT, 2007; DINIZ, 2005).

As elevadas taxas de cesariana no Brasil têm sido associadas igualmente à existência de uma cultura obstétrica e da atenção ao parto, da qual a afirmação “uma vez cesárea, sempre cesárea”, comum entre os obstetras, faria parte

(PINOTTI; FAUNDES, 1988; WORLD DEVELOPMENT REPORT, 1993; BERNHARDT, 2001). O presente estudo corrobora as hipóteses da existência de uma cultura da cesariana no Brasil, uma vez que fatores não médicos, pessoais e institucionais, incluindo as influências do contexto profissional do obstetra e da experiência da mulher, estariam associados com o desfecho do parto no Brasil.

Embora não haja estudos anteriores sobre a prevalência de cesáreas em Aracaju, de forma indireta pode-se especular por alguns dados desta pesquisa que essa taxa, embora inferior às de regiões mais desenvolvidas, está atualmente em níveis mais elevados do que no passado recente: tomando por base a proporção de uma cesárea anterior entre as multíparas desta coorte, encontra-se o valor de 12,7% (366/2891), portanto menos do que a metade do observado para a coorte como um todo (31,6%) e para as atuais primíparas da coorte (34,7%).

Alguns fatores relacionados a risco obstétrico como hipertensão arterial na gestação, abortos e cesáreas anteriores apresentam associação com a ocorrência de cesáreas nesta população. Houve também influência de fatores como a categoria de internação, horário vespertino (12:00 às 17:59), mães de escolaridade e renda familiar mais baixas e que não tiveram pré-natal adequado, além da menor ocorrência dessa cirurgia nos finais de semana e de madrugada. Esses achados demonstram fortemente a influência de fatores não médicos na decisão quanto ao tipo de parto.

Mesmo estes dados sendo relevantes, acima de tudo, no contexto das elevadas taxas de cesárea em nosso meio, esses resultados, ao serem explorados mais profundamente, e no detalhe, em relação às características sociais da população estudada, o que realmente dá forma mais definida ao contexto é o fato de que são exatamente as mulheres menos privilegiadas socialmente e potencialmente com piores condições de saúde, que recebem o impacto das desigualdades no parto. O que dá, sobretudo, relevância ao explorar a existência de diferenças sociais entre essas mulheres é que as desigualdades que vinham já acontecendo durante a gravidez, expressam-se no momento da admissão e parto.

O fator de associação positiva mais relevante para a cesariana foi a mãe ter sido submetida a dois ou mais partos operatórios anteriores, tomando-se o cuidado de excluir dessa avaliação as primíparas, mulheres que nessa condição não teriam oportunidade de terem sido submetidas previamente a uma operação cesariana. A ausência de tentativa de parto vaginal 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 (CECATTI et al., 2000; DINIZ, 2005; BRASIL, 2006b), talvez não tenha sido considerada como uma opção pelos profissionais que atenderam as mulheres neste estudo. Embora seja geralmente recomendada ou oferecida uma tentativa de parto vaginal depois de um parto cesárea, com apoio de protocolos das Sociedades de Obstetrícia do Canadá e dos Estados Unidos, essa tentativa não é oferecida após duas cesarianas (TAHSEEN; GRIFFITHS, 2009).

Em estudo implementado na América Latina em 2004-2005 (BETRÁN et al., 2009) para explorar a relação entre parto cesárea e desfechos maternos e perinatais, foram avaliadas mulheres que deram à luz em serviços selecionados aleatoriamente em 23 áreas geográficas em oito países também selecionados aleatoriamente, estando o Brasil entre eles. Embora mulheres com uma gestação única, a termo, em apresentação cefálica, com uma cesárea anterior, representassem apenas 11,4% da população obstétrica, este grupo foi o que mais contribuiu para a taxa global de cesáreas (26,7% de todas as cesáreas).

Um dos fortes indicadores para a cesariana foi a categoria de internação, pois as pacientes que foram internadas pelo sistema privado tiveram aproximadamente seis vezes mais chances de cesariana do que as do sistema público. Esse dado é consistente com a literatura, nos quais as menores taxas de cesárea ocorrem em mulheres com atendimento por serviços públicos de saúde (RATTNER, 1996; BETTIOL et al., 2002; CALDERON et al., 2002; BRASIL, 2006a; RIBEIRO et al., 2007). Em Ribeirão Preto no ano de 1999 a proporção de partos cesarianos em uma maternidade privada alcançou o impressionante valor de 84,3% de todos os partos, quase quatro vezes e meia maior do que o observado na maternidade pública estudada (18,9%) (ALMEIDA et al., 2008). Esta pesquisa evidencia que as clientes

internadas na categoria “não SUS” são as responsáveis pelo maior número de cesarianas, 77,1%.

Apesar da consistência, tal resultado deveria ser surpreendente, já que se espera que as mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde fossem justamente aquelas que apresentassem um menor nível sócio-econômico e, possivelmente, uma maior freqüência de risco gestacional por condições patológicas associadas, necessitando mais freqüentemente de uma cesárea por indicações médicas oportunas.

O uso abusivo do parto operatório aumenta o risco de morbidade e mortalidade maternas e perinatal (FAUNDES; CECATTI; 1993; COTZIAS et al., 2001). Neste estudo, diferenças nas taxas ao comparar os sistemas público e privado, ainda que em concordância com resultados de outros estudos (OSAVA, 1996; FREITAS, 2000; MARQUES, 2005) é alarmante ao se considerar que a diferença não é maior devido principalmente à uma taxa extremamente elevada mesmo no sistema público, bem acima das taxas nacionais. Estes resultados são especialmente impressionantes frente às evidências de que altas proporções de cesariana elevam gastos desnecessários e socialmente injustos, uma vez que desviam recursos humanos, materiais e financeiros que poderiam ser alocados a outras áreas do sistema de saúde. Tem sido afirmado pela Organização Mundial da Saúde (2004) e por diversos outros autores (MÉDICI, 1999; FREITAS, 2000; SALINAS et al., 2004) que cesarianas medicamente indicadas são aquelas realizadas em nome da saúde da mãe e do recém-nascido.

Neste estudo o aborto anterior apresentou associação com a cesariana, com risco de 33% maior quando comparado com mulheres que não tiveram experiência anterior de aborto. Esses resultados estão em acordo com o observado por Olinto e Moreira-Filho (2006), em um estudo de base populacional, no qual tanto o aborto quanto condição patológica obstétrica anterior estiveram inicialmente associados ao término do parto por cesárea. Patologias obstétricas como a hipertensão arterial aumentam o risco para parto cesáreo. Os dados deste estudo são concordantes com a literatura (CALDERON et al., 2002; VILLAR et al., 2006; CHAILLET;

DUMONT, 2007), quando o parto operatório foi mais freqüente entre as mulheres que referiram ser hipertensas.

A menor escolaridade materna, menor renda familiar, ausência ou inadequação do pré-natal e idade materna jovem caracterizou-se como fatores que tiveram menor influência na ocorrência de cesariana, embora sejam reconhecidos como fatores que favorecem piores resultados perinatais, como nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e maior mortalidade neonatal e infantil (BETTIOL et al., 2002; SILVA et al., 2003; GOLDANI et al., 2006). Dados norte-americanos mostram uma significativa associação entre escolaridade e frequência de partos cesarianos na população, também apresentando as maiores taxas para as mulheres com nível superior (CHAILLET; DUMONT, 2007; TAHSEEN; GRIFFITHS, 2009). Diversos estudos, principalmente na área materno-infantil, têm revelado indesejáveis iniquidades na distribuição da assistência à saúde também no Brasil (CECATTI et al., 2000; CALDERON et al., 2002; IBGE, 2008). Essas iniquidades sempre mostraram que as pessoas com maior necessidade de cuidados invariavelmente receberam menor atenção, o que é reconhecido há algumas décadas como a “lei da inversão do cuidado” (HART, 1971).

Os riscos associados à maior escolaridade foram parcialmente mediados pela maior freqüência ao pré-natal entre essas mulheres, o que também foi observado em alguns estudos (BARROS et al., 1991; LANGER et al., 1993; BRASIL, 2000a). Nesse contexto, uma estratégia freqüentemente utilizada pelas mulheres com melhores condições socioeconômicas para conseguir cesariana no setor público é negociá-la durante o pré-natal no serviço privado. Dessa forma, a escolaridade parece aumentar a chance de cesariana, não apenas pela diferenciação econômica (pagamento por fora), mas também pela maior capacidade de negociação com o obstetra (FREITAS; BEHAGUE, 1995).

O aumento da taxa de cesariana, em relação à escolaridade, verificou-se neste estudo quando as mulheres de maior escolaridade foram submetidas com mais freqüência à cesariana (44,2%) do que as de escolaridade entre 1 a 4 anos de estudos (17,5%). Esse fato pode estar associado a questões de caráter econômico e ligado ao acesso aos serviços de saúde. Primeiro, pela crescente presença da

mulher no mercado de trabalho, que opta pela cesariana em função de uma possível facilidade em determinar a data e a hora para sua realização, não comprometendo suas atividades profissionais. Seguido pelo aumento do poder aquisitivo dessas mulheres, que favorece o acesso e possibilita a compra de bens materiais de toda ordem (LAGUARDIA, 2004).

Foram encontradas evidências mostrando a associação de tipo de parto e algumas variáveis que expressavam classe econômica. Quando nesta pesquisa analisou-se a variável renda familiar, observou-se que 49,7% das mulheres, da faixa com renda familiar de três ou mais salários mínimos realizaram partos cesarianos, aproximadamente duas vezes e meia mais do que as 20,9% das mulheres na faixa com renda menor que um salário-mínimo e que se submeteu à cesariana. Da mesma forma, outros estudos também correlacionaram a ocorrência de parto por cesárea, segundo as condições sociais da mulher. Yazlle Rocha et al. (1985), estudaram retrospectivamente 36.956 casos de partos hospitalares na cidade de Ribeirão Preto, SP, ocorridos nos anos de 1978 a 1981, período no qual se instituiu no sistema previdenciário o mesmo pagamento, tanto para o parto por via vaginal quanto por cesárea. Confirmaram a existência de um gradiente de incidência de cesáreas, ou seja, ocorrência maior nas pacientes de melhor nível socioeconômico e menor naquelas de pior condição social.

Contribuindo para a discussão deste estudo, Gentile et al. (1997), compararam os partos ocorridos em nove maternidades privadas do Rio de Janeiro, entre 1968 e 1993, e verificaram que houve aumento significativo de cesáreas, apesar de terem sido igualados os honorários médicos para ambos os tipos de parto. Sugerem os citados autores que não é a forma de remuneração da assistência ao parto, isoladamente, que interfere no índice de cesáreas, mas sim uma série de variáveis que podem influenciar no tipo de contrato que se estabelece entre a paciente e o médico.

Contudo, sabe-se que a remuneração para os profissionais por tipo de parto no Sistema Único de Saúde foi equiparada, mas esta relação não está mantida nos planos privados de saúde, onde o valor da cesariana é superior ao do parto normal (COSTA et al., 2000).

Doenças obstétricas como a hipertensão arterial aumentam o risco para parto cesárea (MARTEL et al., 1987; NOTZON, 1990; GOMES et al., 1999; CECATTI et al., 2000). Os dados deste estudo coincidem com a literatura, quando o parto operatório foi mais freqüente entre as mulheres que referiram ser hipertensas (44,1% contra 29,4%).

Os resultados reforçam a observação de que a cesárea vem se tornando um “bem de consumo”, desejada pela maioria das mulheres, porém mais acessível àquelas que apresentam maior poder aquisitivo, sendo o nível socioeconômico da mulher identificado como um importante fator nas taxas de cesárea (GOULD et al., 1989; GOLDMAN et al., 1990; STAFFORD, 1991; GUISE et al., 2005). O que se observa é que o capital financeiro invadiu, transformou e dominou a assistência médica, que se tornou mercadoria de consumo, comprada e vendida (GENTILE et al., 1997; FIGO, 2000; FESCINA, 2000; GLANTZ, 2003).

Souza (1994) afirma que no Brasil o uso da cesariana se torna gradualmente mais popular ganhando espaço entre os segmentos sociais mais baixos, exatamente a população com maiores níveis de precariedade na saúde. De acordo com outro estudo no Brasil (OSAVA, 1996), um aumento na taxa de infecções pós-cesárea entre as mulheres de menor nível socioeconômico esteve associado com fatores relacionados a ambiente de vida pobre e falta de suporte entre estas mulheres ao retornar para casa com uma ferida operatória.

Foram verificadas, neste estudo, as elevadas taxas de cesariana e o perfil das diferenças sociais a elas relacionadas, que apontam para uma cultura de uso abusivo de tecnologia médica no parto, como a responsável por grande parte das cesarianas nesta população. É especialmente instigante que mulheres com menores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, maior risco de complicações no parto tenham menor probabilidade de cesariana do que aquelas com baixo risco obstétrico e alto poder aquisitivo. Neste estudo, variáveis relacionadas às dimensões sociais, aquelas da experiência reprodutiva e da dimensão do parto, influenciaram de maneira independente e significativa as chances de cesariana.

Estes resultados estão em completa concordância com a literatura e trazem muito clara a informação sobre o papel da cesariana nas desigualdades sociais em saúde. Neste contexto, as diferenças das condições sócio-econômicas no uso e acesso a tecnologia no Brasil é gritante quando se compara diferentes regiões. Enquanto a distância aos serviços de saúde e a falta de condições de transporte impedem que muitas mulheres, em trabalho de parto e vivendo em áreas rurais ou na periferia das cidades, tenham acesso à operação cesariana como um procedimento que poderá salvar a vida da mãe e do RN, nas áreas centrais, urbanas mais socialmente desenvolvidas o uso da cesariana parece ser a regra.

A evidência de que os partos cesáreos diminuem nos finais de semana e aumentam nos horários correspondentes ao final do expediente de trabalho do médico em seu consultório sugerem a tomada de decisão antecipada quanto ao tipo de parto, o que tem sido observado em outros estudos (GOMES et al., 1999; POTTER et al., 2001; SILVEIRA; SANTOS, 2004; BARROS et al., 2006; ALMEIDA et al., 2002).

No Chile, estudo retrospectivo (MURRAY, 2000) com 540 puérperas constatou que as mulheres que dispunham de assistência particular, ou seja de maior nível socioeconômico, tinham maior chance de serem submetidas à cesariana do que as mulheres atendidas em serviços públicos. As possíveis explicações para esse fato incluem o tipo de cuidados médicos e de serviço hospitalar, bem como o modo de participação da mulher no processo decisório sobre o tipo de parto (GOULD; DAVEY; STAFFORD, 1989).

O que se depreende destes estudos é que, independentemente do tipo de parto, o descontentamento da mulher com o parto está ligado aos resultados adversos maternos e, principalmente com o recém-nascido. Segundo alguns autores, uma experiência negativa prévia é fator importante para solicitação de cesariana (TURNBULL, 1999). Vale destacar ainda a dimensão subjetiva de toda e qualquer experiência, incluindo a gestação e o parto. A satisfação é um conceito difícil de medir e interpretar, estando muitas vezes imbricado com o tipo de atendimento recebido no pré-natal e com o resultado neonatal.

A quase ausência de partos vaginais operatórios (fórceps e vácuo), apenas cinco num universo de 4746, também merece destaque uma vez que em todo o mundo estes instrumentos são utilizados durante partos vaginais complicados (GLANTZ, 2003; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2009). Nos EUA, de 1990 a 2000, houve um aumento de 41% no número de partos vaginais operatórios em especial pela maior utilização do vácuo (LAUZON; HODNETT; 2000) e na Inglaterra a taxa de partos vaginais operatórios varia de 10 a 15% (GAGNON; 2000). A pouca ocorrência de parto instrumental no grupo estudado aponta para uma opção dos profissionais pela cesariana em detrimento do uso destas técnicas na assistência às gestantes.

Os resultados deste estudo evidenciam, ainda, uma associação da idade materna com a maior frequência de cesárea, estando às maiores taxas na população de maior idade, sendo que 42,1% das mulheres com mais de 35 anos tiveram filhos através da operação cesariana. Isso demonstra que a idade materna também é referida como fator que interfere nas taxas de cesárea. Essas taxas, segundo os autores abaixo mencionados, aumentam significativamente com a elevação da idade, sendo a frequência de cesáreas aproximadamente três vezes maior no grupo de idade mais avançada (MARTEL et al., 1987; CECATTI et al., 2000; MARIOTONI; BARROS FILHO, 2005). Essa situação poderia ser apenas parcialmente explicada pela maior frequência de condições patológicas em mulheres de maior idade, o que levaria a uma maior necessidade de partos abdominais por indicações médicas.

É mundial o fenômeno do aumento de mães adolescentes e já se configura um problema de saúde pública em vários países. Na América Latina e no Caribe, de acordo com Notzon (1990), 12,5% dos nascimentos são em jovens menores de 20 anos, com uma variação 10,6% na Bolívia a 23% em Cuba. Nos Estados Unidos o número de adolescentes grávidas de 15 a 19 anos é superior a um milhão todos os anos; a este grupo deve agregar-se anualmente 30.000 gestantes menores de 15 anos (CHAILLET; DUMONT, 2007).

Alguns estudos realizados no Brasil sobre as adolescentes revelam uma tendência de aumento da gravidez neste grupo etário. Um milhão de jovens

brasileiras entre 10 e 20 anos dão a luz por ano. Embora a taxa de fertilidade venha caindo constantemente desde os anos 70, o número de mães adolescentes continua aumentando em todas as classes sociais; as gestantes com menos de 15 anos são responsáveis por aproximadamente 1,5% dos nascidos vivos; esta proporção é três vezes maior que a de duas décadas atrás (BEMFAM 1989-90; SEADE 1994; PNDS 1996). Dados da grande Aracaju apontam 20,6% dos partos ocorreram em adolescentes (GURGEL et al., 2009). Os dados coletados na presente pesquisa mostram que 18,4% dos partos cesáreos que aconteceram em Aracaju, ocorreram em adolescentes. Este percentual é um pouco maior do que o encontrado pela PNDS 96 para todas as adolescentes brasileiras (18%); é também maior para as jovens que vivem na região Sul do país (16%), e para as da região Centro-Leste (13%) (BRASIL, 2008a).

Como se pode observar, em todos os estudos descritos anteriormente, e ratificado por esta pesquisa, as adolescentes apresentam proporções inferiores de partos cesáreos, quando comparadas com as adultas, o que de certo modo contradiz a teoria do incompleto desenvolvimento da pelve feminina nessa idade, que induziria a prática de cesariana. Portanto, o elevado número de cesáreas nas mulheres com maior idade, possivelmente esteja associado à realização da ligadura bilateral das trompas uterinas como método de planejamento familiar definitivo (VELASCO, 1998).

Se existem ainda muitas dúvidas acerca das motivações para parto vaginal, alguns autores procuraram também estudar a aceitação pelo obstetra do pedido de cesariana da mulher. Os números variam segundo os autores de diferentes países: 45%, em Israel (GONEN et al., 2002), 69% na Inglaterra (COTZIAS, 2001) e 30% na Bélgica (JACQUERNYN et al., 2003). Não se dispõe de estudos nacionais sobre a atitude do obstetra brasileiro em relação à cesariana a pedido.

Finalmente, vale destacar que a questão da cesariana a pedido não é um problema apenas do âmbito médico, estando inserida dentro de complexos contextos sociais (KIRK et al., 1990), que merecem ser pesquisados. Estudos qualitativos desenhados para avaliar preferências da paciente e do médico pela cesariana, e suas complexas interações são fundamentais e urgentes. Esses

estudos podem fornecer as bases para intervenções obstétricas efetivas e seguras, que visem reduzir as taxas de cesariana.

Se bem que não tenha sido este um objetivo primário do presente estudo e, portanto, mereça uma consideração metodológica mais dirigida provavelmente em outro estudo, é importante destacar que as razões da cesariana a pedido perpassam o imaginário de estudiosos no assunto. Esta pode representar uma importante conseqüência de morbidade perinatal e materna, relacionada à decisão de se realizar uma cesariana, sobretudo quando desnecessária.

É lógico pensar que, em vista da rotina de repetição de cesáreas nas mulheres com uma cesárea anterior e, em vista do receio de se permitir mais do que três intervenções na mesma mulher, submetendo-a, então, à laqueadura, essa seqüência de eventos provavelmente irá ocasionar uma redução na paridade dessas mulheres (FAÚNDES, et al., 1982). Tal redução poderia estar relacionada à realização mais freqüente de laqueaduras. Entretanto, parece não ser apenas esse fator o único responsável (WAGNER, 2000).

Essa elevada incidência tem aumentado os custos da assistência obstétrica, provocando reações do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais, enquanto as conseqüências para a saúde da mãe e do recém-nascido têm sido motivo de discussões nos congressos de especialidades, discussões estas muitas vezes mais apaixonadas que objetivas. Na verdade, pouco se tem estudado a respeito da morbidade, tanto materna quanto perinatal, associada à realização de uma elevada proporção de cesáreas desnecessárias (FAÚNDES et al., 1982; PLAUT et al., 1999; VOLOCHKO, 2003).

Esta cultura, de acordo com os resultados desta pesquisa, não se restringe à mulher e seu meio, mas também trazem embutida a existência de uma cultura da cesárea no meio obstétrico altamente relacionado a desigualdades sociais na distribuição dos privilégios da escolha e acesso à tecnologia representada pelo parto operatório, visto e divulgado como rápido e confortável para ambos, mulher e profissional, e assimilados finalmente pela mulher como um bem de consumo.

Num contexto de importância das aspirações das mulheres e respeito às suas decisões, torna-se necessário e relevante esclarecê-las a respeito das indicações precisas das cesáreas, ao lado do reconhecimento crítico das condições de sua utilização indiscriminada. Só a informação correta e cientificamente embasada poderá ajudá-las na opção livre e informada sobre a via de parto preferencial e os riscos associados (POTTER et al, 2001; TURNBULL et al., 1999; TUCKER, 2002).

Se por um lado a elevada prevalência de cesárea venha sendo objeto de estudos sobre as causas do excesso do seu uso, por outro lado as desigualdades sociais nas taxas de cesariana trazem à tona a discussão sobre o acesso a um procedimento, que quando indicado, pode salvar a vida da mãe e do concepto. Embora os valores mínimos e máximos de cesariana sejam ainda objeto de discussão. Valores inferiores a 5%, em geral, sugerem dificuldades de acesso. Nos países mais pobres as taxas de cesariana são extremamente baixas (inferiores a 1%) enquanto nos países de renda média e alta as taxas superam os 15%, atingindo níveis de até 40% da população. Este comportamento diferenciado das taxas de cesárea pode trazer conseqüências potencialmente deletérias para as mulheres de diferentes níveis socioeconômicos, assim como para seus recém-natos e para o sistema de atenção a saúde da mulher em particular (DINIZ, 2005).

Este é o primeiro estudo epidemiológico de coorte de recém-nascidos de base populacional em Sergipe, o segundo realizado no Nordeste do país (SILVA et al., 2003) e traz contribuições importantes para o debate acerca do excesso de cesarianas nos serviços pesquisados, que são vitais para o controle dessa epidemia (GOMES et al.,1999). Contudo, limitações devem ser mencionadas. Trata-se de estudo de corte transversal, o que limita considerações sobre causalidade. Outra limitação configura-se pela não inclusão de algumas variáveis que poderiam contribuir para identificar melhor a escolha do tipo de parto, tais como a laqueadura na hora do parto e em que momento optou-se pelo parto cirúrgico. Ainda, as características relativas ao tempo de atividade profissional e especialização dos médicos não foi avaliado. Contudo, as variáveis estudadas possibilitaram evidenciar os fatores não médicos relacionados à indicação de cesárea.

Estudos recentes relatam que indivíduos nascidos de cesariana enfrentam maior risco de doenças comuns mais tardiamente na vida, como asma (RODUIT et al., 2009), alergia (PISTINER et al., 2008), diabetes mellitus tipo 1 (CARDWELL et al., 2008), leucemia na infância (CNATTINGIUS et al., 1995) e câncer testicular (COOK et al., 2008); representa ainda maior risco de morbidade e mortalidade neonatal para bebês pré-termo de baixo risco nascidos entre 32 e 36 semanas de gestação (MALLOY, 2009). Os mecanismos subjacentes dessas associações são incertos, mas mudanças epigenéticas do genoma tem sido sugeridas como um mecanismo molecular candidato a contribuições perinatais para risco tardio de doenças (SCHLINZIG et al., 2009). Assim, estudos que contribuam para elucidar fatores relacionados com a ocorrência dessa cirurgia são importantes para minimizar as altas taxas, reduzir morbidade futura e as implicações no desenvolvimento dos países, que podem ser significativas, pois impactam em recursos limitados para a saúde (TALJAARD et al., 2009).

Para a mudança desse cenário, diversos atores são necessários. Por um lado, mulheres e familiares, consumidores desses serviços, e maiores beneficiários da adoção de um modelo focado em suas necessidades e com melhores resultados para mulher e bebê. Por outro, os formuladores de políticas e gestores das instituições de saúde, que devem se apropriar desse conhecimento, participar desse debate e contribuir para formatação de novos modelos de atenção. E por fim, o profissional de saúde, elemento chave neste processo, prestador direto dessa assistência, e que apresenta formação voltada para os aspectos médicos da parturição, com pouca valorização dos aspectos sociais e subjetivos da gestação, parto e nascimento.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Embora não haja estudos anteriores sobre a prevalência de cesáreas em Aracaju, de maneira indireta pode-se especular por alguns dados desta pesquisa que essa taxa, embora inferior às de regiões mais desenvolvidas, está atualmente em níveis mais elevados do que no passado recente: tomando por base a proporção de uma cesárea anterior entre as múltiparas desta coorte, encontra-se o valor de 12,7% (366/2891), portanto menos do que a metade do observado para a coorte como um todo (31,6%) e para as atuais primíparas da coorte (34,7%).

▶ O fator mais forte para a decisão por cesárea foi à mulher já ter sido submetida a dois ou mais partos operatórios anteriores, excluindo dessa avaliação as primíparas.

▶ Há uma forte associação entre alta proporção de cesárea e natureza da maternidade. Foi evidenciado que nos hospitais de caráter eminentemente privado (não SUS) os partos cesáreos alcançaram o dobro do observado nos hospitais de caráter público (SUS).

▶ A categoria de internação também foi fator de risco para a cesariana, pois se observou que as mulheres que foram internadas pelo sistema privado tiveram mais chances de cesariana do que as do sistema público.

▶ O aborto anterior relatado foi associado com maior risco de cesárea.

▶ A hipertensão na gravidez foi outro fator importante de risco na opção pela cesariana.

▶ Quanto à situação conjugal, observou-se que as mulheres sem companheiro tiveram mais cesarianas que as mães em situação inversa.

► Em relação aos turnos, o de maior proteção para o parto cirúrgico foi a madrugada (0 a 5:59h) e o de maior risco o período vespertino (12:00 as 17:59h).

► A baixa escolaridade materna, menor renda familiar, ausência ou inadequação do pré-natal e idade materna jovem caracterizaram-se como fatores que tiveram menor influência na ocorrência de cesariana.

Conclui-se que fatores não médicos ofereceram risco para a ocorrência de cesáreas nesta população, entre eles o nível sócio-econômico mais favorecido representado por escolaridade e renda mais altas, realização de cesáreas em horários e dias da semana específicos e nascimento em hospitais privados. Aborto, cesáreas anteriores e hipertensão arterial representaram os fatores médicos associados com a cesariana.

7.1 Recomendações

Amparado pela fundamentação teórica e pela análise dos resultados, o presente estudo sugere algumas recomendações:

É fundamental a sensibilização dos profissionais da saúde para uma nova forma de abordagem desses eventos, bem como a atualização continuada por meio da evidência científica produzida. Esse encaminhamento se faz premente, objetivando a diminuição das cesáreas não necessárias e, portanto, a redução do risco de morbimortalidade materna e fetal daí decorrente. O estímulo e apoio à mudança são essenciais para que transformações aconteçam de fato.

Trabalhos educativos direcionados aos profissionais são essenciais para a divulgação e progressiva incorporação de protocolos assistenciais, bem como para uma nova relação com as usuárias que considere o papel ativo das gestantes na tomada de decisões relacionadas ao seu processo de parto. Permitir que as gestantes entrem em trabalho de parto, e que tenham seu trabalho de parto assistido com práticas cuja efetividade esteja baseada em evidências científicas, talvez seja um começo... Neste sentido a admissão da gestante ao pré-parto apenas na fase ativa do trabalho de parto pode contribuir para diminuir o número de intervenções desnecessárias e aumentar a possibilidade de parto normal.

A estratégia voltada para o profissional é provavelmente a mais complexa, pela diversidade desses atores, seja em sua formação, capacitação, adesão a um ideário com tendência intervencionista, tipo de unidade em que atuam forma predominante de remuneração, entre outros. Entretanto, sabe-se que o trabalho educativo, apesar de importante, é certamente insuficiente para a mudança das práticas de saúde, pois outros fatores, além do conhecimento, afetam as atitudes e práticas dos profissionais (CAMANO et al., 2001).

A implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se encontra inserida num contexto de humanização do parto e nascimento. A entrada da enfermagem obstétrica neste espaço de assistência, hoje ocupado pelos médicos obstetras, tem provocado embates entre estas categorias, dificultando a implantação da política de humanização. A assistência obstétrica e neonatal humanizada, ainda depende muito do modo de ser do profissional de saúde, pois apenas as prerrogativas institucionalizadas não são suficientes para adoção de novos paradigmas.

Outras estratégias podem ser adotadas, como a segunda opinião mandatória; auditoria; envio de relatórios; definição de limites máximos para as intervenções obstétricas, associados ou não a sanções financeiras; envolvimento de lideranças locais, considerando-se sempre as características organizacionais de cada local e os efeitos leves a moderados dessas estratégias. Certamente o envolvimento dos gestores e de lideranças da sociedade civil organizada, com a proposta de qualificação da assistência e redução das taxas de cesariana pode contribuir para o sucesso dessas iniciativas.

Violência é uma palavra forte, e chamar a cesárea desnecessária como uma forma de violência contra a mulher pode ser perturbador. Mas, para muitas mulheres, a cesárea poderia ter sido evitada, assim como episiotomia, anestesia, ocitocina, toques vaginais múltiplos, tricotomia, exposição de partes genitais e mesmo laqueadura durante cesárea. De modo a devolver à mulher o papel principal no parto, novas condutas para restringir cesárea e outras tecnologias seriam bem vindas (GONEN et al., 2002).

Outra questão que aflora refere-se à necessidade de envolver o conjunto da sociedade civil na discussão dos problemas apresentados neste trabalho e em outros que têm abordado o mesmo tema. A adequada divulgação das situações aqui descritas interessa não somente aos médicos ou aos profissionais de saúde. Interessa ao conjunto da população que se utiliza dos serviços de assistência ao parto e ao neonato e a todos que se preocupam com a saúde da mulher e da

criança. Cabe, portanto, ampliar essa discussão, dotando as organizações governamentais e não governamentais que se ocupam do assunto, de informações imprescindíveis para o aperfeiçoamento de sua participação.

Certamente, o aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução dos problemas mais prevalentes nos níveis primários da saúde, além do seu comprometimento com as necessidades das parcelas mais vulneráveis da população. Nesse contexto, vale ressaltar a importância da captação precoce das grávidas e da busca ativa das pacientes faltosas.

É indispensável, atualmente, a realização de avaliações sistemáticas da qualidade dos serviços de pré-natal, tendo como base o método de investigação epidemiológico, devido à extrema valia das informações que fornece e de seu reduzido custo, conforme evidenciado por meio do presente estudo.

Ainda nesse sentido, não se pode deixar de levar em consideração a questão da relação entre cesárea e laqueadura, problemática que se insere no questionamento do atendimento integral à saúde da mulher, paralelamente ao exercício da concepção e contracepção. Estabelecer como meta a redução da incidência de cesáreas se constitui em um verdadeiro desafio, reconhecendo-se o complexo sistema de fatores sociais que envolvem a indicação técnica da via de parto, colocando em relevo a responsabilidade de todos e de cada um para o exercício de ações que amparem uma opção consciente.

Outras medidas úteis poderiam ser a utilização rotineira de partograma, revisão de protocolos obstétricos e a educação médica continuada que são medidas acessórias, porém, úteis na construção de um projeto concreto e que entrelaça os vários grupos, indivíduos e instituições envolvidas, da forma como o problema exige na dimensão em que se encontra. A instrução qualificada de todos os membros da equipe que atende a mulher durante a gestação pode auxiliar na mudança da concepção da mulher sobre o tipo de parto, aumentando a confiança em sua capacidade para o parto normal. Neste contexto, o atendimento pré-natal seria o

espaço adequado para a troca de informações dirigidas a uma experiência positiva no trabalho de parto e de estímulo ao parto normal.

De forma geral, o período crucial entre o final da gravidez, o trabalho de parto e o momento do nascimento não receberam ainda a atenção merecida do sistema de saúde. Atualmente, o risco de resultados adversos para a mulher e a criança é muito grande, e os fatores de risco mais significativos para a morte fetal e neonatal também afetam profundamente a mortalidade materna, ainda muito elevada no país. Ganhos mútuos para a saúde materna e perinatal poderão ser alcançados, com redução significativa dessas mortes precoces, se as complicações do parto e nascimento forem antecipadas, reconhecidas e imediatamente atendidas, constituindo-se ações de saúde prioritárias para o país.

Por fim, é necessário que estudos avaliativos sejam conduzidos, para verificar a efetividade das intervenções adotadas e contribuir para a construção do conhecimento científico sobre o tema.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.C; NOGUEIRA, A.A; CANDIDO DOS REIS, F.J.; ROSA E SILVA, J.C. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. **International Journal of Gynaecology & Obstetrics**, v. 79, n. 2, p. 101- 4, 2002.

AL-MUFTI, R.; McCARTHY, A.; FISK, N.M. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. **Lancet**, v. 347, p. 544, 1996.

ARACAJU. Prefeitura Municipal. **Anuário estatístico de Aracaju**. Secretaria de Planejamento, 2002.

ASH, A.K.; OKOH, D. What is the right number of cesarean sections? **Lancet**, v. 349, p.1557,1997.

BACKETT, E.M.; DAVIES, A.M.; PETROS-BARVASIAN, A. The risk approach in health care. With special reference to maternal and child health, including family planning. **Journal of Public Health**, v.76, p.1-113, 1984.

BARBOSA, G.P.; GIFFIN, K.; ÂNGULO-TUESTA, A.; GAMA, A .S.; CHOR, D.; D'ORSI, E.; REIS, A.C.G.V. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Caderno Saúde Pública**, v.19, n.6, p. 1611-20, 2003.

BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G.; ALBERNAZ, E.P.; DOMINGUES, M.R.; TIMM, I.K.; MATIJASEVICH, A.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, F.C. The 2004 Pelotas birth cohort: methods and description. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.3, 2006.

BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P.; VICTORA, C.G.; HUTTLY, S.R.A. Epidemic of Caesarean sections in Brazil. **Lancet**, v.338, p.167-9, 1991.

BASTIAN, H. Health has become secondary to a sexually attractive body. **British Medical Journal**, v. 319, p.1397, 2001.

BÈHAGUE, D.P.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. 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. **British Medical Journal**, v.324, p.942-5, 2002.

BELFORT, P. Medicina preventiva. Pré-natal, In: Rezende J, editor, **Obstetrícia**, 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 198-209, 1987.

BELIZÁN, J.M.; ATHALBE, F.; BARROS, F.C.; ALEXANDER, S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. **British Medical Journal**, v.319, n.27, p.1327-402, 1999.

BENFAM. Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BENFAM; 1997.

BERGSYO, P.; SCHMIDT, E.; PUSCH, D. Differences in the reported frequencies of some obstetrical interventions in Europe. **Brit J Obstet Gynaecol**, v. 90, p. 628-32, 1983.

BERKOWITZ, G.S.; FIARMAN, G.S.; MOJICA, M.A.; BAUMAN, J.; HAYNES, de REGT. R. Effect of physician characteristics on the cesarean birth rate. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 161, p.146-9, 1989.

BERNHARDT, E.G.B. **Taxas de cesariana em SC**. 2000, 135 f. Monografia (Medicina) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BERQUÓ, E. Aspectos demográficos da população feminina. In: Seminário Nacional: **Gestão em Saúde da Mulher**. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, Ministério da Saúde; p. 8-13, 2004.

BETRÁN, A.P.; METIN GULMEZOGLU, A.; ROBSON, M.; Merialdi, M.; SOUZA, J.P.; WOJDYLA, D.; WIDMER, M.; CARROLI, G.; TORLONI, M.R.; LANGER, A.; NARVÁEZ, A.; VELASCO, A.; FAÚNDES, A.; ACOSTA, A.; VALLADARES, E.; ROMERO, M.; ZAVALETA, N.; REYNOSO, S.; BATAGLIA, V. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying caesarean sections. **Reproductive Health**, p. 6:18, 2009.

BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; GOMES, U. A.; LIU, Y. W.; REIS, P.; CHIARATTI, T.; VASCONCELOS, V.; YAMAWAKI, R. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 404-13, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. **Datasus /SIH/SUS/2008a**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.>. Acessado em 02 jan.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus / SINASC /2008b**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/detfohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acessado em 06 jan.2008.

_____. Ministério das Cidades. ORG: POSSA, D. R.; SOARES, M. V. F. S. Caderno 06-**Boas práticas em acessibilidade**. Brasília/DF, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2005a.

_____. MS e ANS. Argentina: pesquisa Encuesta de Condiciones de vida 2001 – Dalud/ Demais países: **Health at Glance OECD indicators 2005**. In: OECD Publishing, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência ao pré-natal de baixo risco/Manual técnico**. 3 ed. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA 48**, de 11 de fevereiro de 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital**. Portaria n.º 2.816. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, seção 1, p. 48 b, 02 de jun. de 1998.

BURNS, L.R.; GELLER, S.E.; WHOLEY, D.R. The effect of physician factors on the cesarean section decision. **Medical Care**, v. 33, p. 365-82, 1995.

BURT, R.D.; VAUGH, T.L.; DALING, J.R. Evaluating the risks of cesarean section: low Apgar score in repeat c-section and vaginal deliveries. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 78, p. 1312, 1988.

CALDERON, I.M.P.; FRADE, J.L.; ABBADE, J.F.; DINIZ, C.P.; DALBEN, I.; RUDGE, M.V.C. Prova de Trabalho de Parto Após uma Cesárea Anterior. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.24, n.3, 2002.

CAMANO, L.; SOUZA, E.; SANTOS, J.F.K; SASS, N.; MATTAR, R.; GUARÉ, S.O. Segunda opinião para indicação de cesariana. **Femina**, v.29, p. 345-50, 2001.

CAPARROZ, S.C. **O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada.** Joinville (SC): Univille; p.223, 2003..

CARDWELL, C.R.; STENE, L.C.; JONER, G.; CINEK, O.; SVENSSON, J.; GOLDACRE, M.J. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. **Diabetologia**, v. 51, p. 726–35, 2008.

CARRANZA, M. **De Cesáreas, Mulheres e Médicos.**1994. 128f. Dissertação (Mestrado), Departamento de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília,1994.

CECATTI, J.G.; ANDREUCCI, C.B.; CACHEIRA, P.S.; BESTETI PIRES, H.M.; PINTO E SILVA, J.L.C.; AQUINO, M.M.A. Fatores Associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.22, n.3., 2000.

CENTURIÓN, C.A.S. **Avaliação da qualidade de assistência pré-natal no município de Taboão da Serra.** 1994. 272f. Tese. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo,1994.

CHAILLET, N.; DUMONT, A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. **Birth**, v. 34, n.1, p. 53-64, 2007.

CHÁVEZ ALVAREZ, R.E.; MONCADA, M.J.A.; ARIAS, G.G.; ROJAS, T.C.S.; CONTRERAS, M.V.I. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. **Texto & Contexto. Enfermagem**, v. 16, p. 680-687, 2007.

CLEMENTS, R.V. Obstetric risk. **Clinical Risk**, v.1, p. 47-8, 1995.

CNATTINGIUS, S.; ZACK, M.; EKBOM, A.; GUNNARSKOG, J.; LINET, M.; ADAMI, H.O. Prenatal and neonatal risk factors for childhood myeloid leukemia. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention**, v. 4, p. 441–5, 1995.

COOK, M.B.; GRAUBARD, B.I.; RUBERTONE, M.V.; ERICKSON, R.L.; MCGLYNN, K.A. Perinatal factors and the risk of testicular germ cell tumors. **International Journal of Cancer**, v. 122, p. 2600–6, 2008.

COSTA, J.S.D. da.; MADEIRA, A.C.G.; LUZ, R.F.; BRITTO, M.A.P. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.34 (supl), p.329-36, 2000.

COTZIAS, C.S; PATERSON-BROWN, S; FISK, N.M. Obstetricians say yes to maternal request for elective cesarean section: a survey of current opinion. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.97, n.1, p.15-6, 2001.

CREMERJ. Parecer Nº 190/2008. Direito de a gestante escolher o tipo de parto. Relator Cons. Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho. Comissão de Bioética do CREMERJ. Aprovado na sessão plenária de 23/07/2008, p. 26.

CUNHA, A.A.; PORTELA, M.C.; AMED, A.M. Cesariana de repetição. **Rev Ginec Obstet**, v.11, p.167-73, 2000.

CURY, A.F.; MENEZES, P.R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Archives of Women's Mental Health**, v. 10, p. 25-32, 2007.

DE LORENZI, D.R.S. **Perfil epidemiológico da natimortalidade em Caxias do Sul, 1999**. Tese. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; São Paulo (SP), 1999.

[DHS] Demographic and Health Surveys. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. BEMFAM, DHS, CDC, Brasil: 1996.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M.; PEREIRA, A.P.E.; FONSECA, S.C; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; BITTENCOURT, S.D.A.; ROCHA, P.M.M.; SCHILITZ, O.C.; LEAL, M,C. 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 e Saúde Coletiva**, n.5, 2008.

DINIZ, C.S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627-37, 2005.

DONATI, S.; GRANDOLFO, M.E; ANDREOZZI, S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? **Birth**, v. 30, n. 2, p.89-93, 2003.

DUARTE, M. C.; NASCIMENTO, V. B.; ALKERMANN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. **Rev Panamericana de Salud Pública/ PanAmerican Journal of Public Health**, v. 19, n. 4, p. 236-43, 2006.

ELFERINK-STINKENS, P.M; BRAND, R.; LE CESSIE, S.; VAN HEMEL, O.J. Large differences in obstetrical intervention rates among ducth hospitals, even after adjustment for population differences. **Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.18, n.1-2, p.97-103, 1996.

FAUNDES, A.; HARDY, E.; DIAZ, J.; PINOTTI, J. Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: the influence of pre-natal care as an intermediate variable. **J Perinatal Med**, v.10, p.105-13, 1982.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. Which policy for Caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Health Policy Plan**, v, 8, p.33-42, 1993.

FESCINA, R.H. A incidência de cesárea nas Américas. **Jornal Febrasgo**, v.1, p.7-8, 2000.

FIGO - Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons. **Int J Obst Gynecol**, v. 64, p. 317-22, 2000.

FLAMM, B.L.; GOINGS, J.R.; YUNBAO, L.; WOLDE-TSADIK, G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. **Int J Obstet Gynecol**, v.83, p.927-32, 1994.

FRANCOME, C.; SAVAGE, W.; CHURCHILL, H.; LEWISON, H. Caesarean birth in Britain. London: **Middlesex University Press**; 1993.

FREITAS, P. F. The epidemic of caesarean sections in Brazil: factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil. 1999. 187f. Tese (Doutorado em Epidemiologia Materno infantil) – London School of Hygiene and Tropical Medicina, University of London, London, 2000.

FREITAS, P.F; BEHAGUE, D. Brazil's culture of caesarean births. **Health Exch**, v.10, p. 8-9, 1995.

FREITAS, P.F.; DRACHLE, M.L.; LEITE, J.C.C. Desigualdade social na taxa de cesárea em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v.39, p.761-7, 2005.

FUNDAÇÃO IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2004**. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômicas n. 15, Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Estatísticas de Cadastro Central de Empresas 2002**. Gerência do Cadastro Central de Empresas. Rio de Janeiro, 2004.

----- . **Síntese dos indicadores sociais 2007**. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômicas n. 21, Rio de Janeiro, 2008.

------. **Síntese dos indicadores sociais 2009**. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômicas n. 23, Rio de Janeiro, 2009.

GAGNON, A.J. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. **Cochrane Database Syst Rev**, v.4, 2000.

GAMBLE, J.A.; CREEDY, D.K. Women's request for cesarean section: a critique of the literature. **Birth**, v.27, n.4, p.256-63, 2000.

GENTILE, F.P.; NORONHA FILHO, G.; CUNHA, A.A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Caderno de Saúde Pública**, v.13, p. 221-6, 1997.

GLANTZ, J.C. Labor Induction Rate Variation in Upstate New York: What Is the Difference? **Birth**, v. 30, p. 168-74, 2003.

GOLDANI, M.Z.; BARBIERI, M.A.; RONA, R.J.; DA SILVA, A.A.; BETTIOL, H. Increasing pre-term and low-birth-weight rates over time and their impact on infant mortality in south-east Brazil. **J Biosoc Sci**, v. 36, n. 2, p. 177-88, 2004.

GOLDANI, M. Z.; BETTIOL,H.; BARBIERI, M.A.; TOMKINS, A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil in 1978-79 and 1994. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.4, 2000. Disponível em: < <http://www.siel...scielo.php?script=sci> >. Acessado em: 17de mai de 2006.

GOLDFARB, M. Who receives cesareans: patient and hospital characteristics. Washington, DC: US. Department Of Health and Human Services, Public Health Service, National Center for Health Services Research, **DHHS Publication No.** (PHS).2, p. 84-3345, 1984.

GOLDMAN, G.; PINEAULT, R.; BILODEAU, H.; BLAIS, R. Effects of patient, physician and hospital characteristics on the likelihood of vaginal birth after previous cesarean section in Quebec. **Can. Med. Assoc. Journal**, v.143, p. 1017-24, 1990.

GOMES, U.A.; SILVA, A .A .M.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. **Int J Epidemiol**, v.28, p.687-94,1999.

GONEN, R.; TAMIR, A.; DEGANI, S. Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery. **Brit J Obstet Gynecol**, v.99, p. 577-80, 2002.

GOULD, J. R.; DAVEY, B.; STAFFORD, R. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. **New England Journal of Medicine**, v.321, p. 233-9, 1989.

GRAHAM, W.J.; HUNDLEY, V.; MCCHEYNE, A.L.; HALL, M.H.; GURNEY, E.; MILNE, J. An investigation of women's involvement in the decision to delivery by cesarean section. **Brit J Obstet Gynaecol**, v.106, n.3, p.213-20, 1999.

GUISE, J.M.; HASHIMA, J.; OSTERWEIL, P. Evidence-based vaginal birth after caesarean section. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 19, p. 117-30, 2005.

GURGEL, R.Q.; NERY, A.M.D.G.; ALMEIDA, M.L.D.; OLIVEIRA, E.R.O.; LIMA, D.D.F.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, p. 167-177, 2009.

HALL, M.H.; BEWLEY, S. Maternal mortality and mode of delivery. **Lancet**, v. 354, p. 776, 1999.

HART, J.T. The inverse care law. **Lancet**, v. 7696(1), p. 405-412, 1971.

HOPKINS, J.; MARCUS, M.; CAMPBELL, S.B. Postpartum depression: a critical review. **Psychological Bulletin**, v. 95, p. 498-515. 2000.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. Applied logistic regression. 1st ed. New York: **John Wiley & Sons**; p. 307, 1989.

JACQUEMYN, Y.; AHANKOUR, F.; MARTENS, G. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.111, n.2, p. 164-6, 2003.

JANOWITZ, B.; RODRIGUES, W.; COVINGTON, D. L.; ARRUDA, J. M.; MORRIS, L. Cesarean delivery in northeast region of Brazil, 1978-80. **American Journal of Public Health**, v.75, p. 560-2, 1985.

JOLLY, M.C; MBBS, S.; MRCOG, N; SEBIRE, M.D; HARRIS, J.; ROBINSON, S.; FRCP, S.; REGAN, L.; FRCOG, M.D. Obstetric Risks of Pregnancy in Women Less Than 18 Years Old. **Brit J Obstetrics & Gynecology**, v.96, p.962-, 2000.

JONAS, O.; CHAN, A.; RODER, D. The association of maternal and socioeconomic characteristics in metropolitan Adelaide with medical obstetric and labour complications and pregnancy outcomes. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v.321, p.1-5,1992.

KIRK, E.P.; DOYLE, K.A.; LEIGH, J.; GARRARD, M.L. Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: medical risks or social realities? **Brit J Obstet Gynecol**, v.162, n. 6, p. 1398-403, 1990.

KLINE, J.; ARIAS, F. Analysis of factors determining the selection of repeated cesarean section or trial of labor in patients with histories of prior cesarean delivery. **J Reprod Med**, v.38, p.289-92, 1993.

LAGUARDIA, J. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. **Physis: rev saude colet**, v. 14, n.2, p. 197-234, 2004.

LANGER, A; VICTORA, C.G; VICTORA, M; BARROS, F.C; FARNOT, U; BELIZAN, J. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy. **Soc Sci Med**, v.36, p. 495-507, 1993.

LANGER, A.; VILLAR, J. Promoting evidence based practice in maternal care. **British Medical Journal**, v. 324, p. 928-9, 2002.

LANSKY, S.; FRANÇA, E. ; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Caderno de Saúde Pública**, v.18 n.5 Rio de Janeiro, 2002.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M. Indicadores de saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Pan American Journal of Public**, v.1, p.8-22, 1997.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Universidade de São Paulo, p. 14-26, 2002.

LAUZON, L.; HODNETT, E. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. **Cochrane Database Syst Rev**, v.2, 2000.

LILFORD, R.J.; VAN COEVERDEN, H.A.; MOORE, P.J.; BINGHAM, P. The relative risks of cesarean section and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and others acute pre-existing physiological disturbances. **Brit J Obstet Gynaecol**, v. 97, p. 883-92, 1990.

MALLOY, M. Impact of Cesarean Section on Intermediate and Late Preterm Births: United States, 2000–2003. **Birth**, v. 36, n. 1, p. 26-33, 2009.

MARIOTONI, G.G.B.; BARROS FILHO, A. A. Peso ao nascer mortalidade hospitalar entre nascidos vivos,1975-1996. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.1, 2000.

Disponível em: < http://www.siel...scielo.php?script=sci_arttext&pid >. Acessado em: 08 mai. 2008.

MARQUES, R.R. Desigualdades sociais no parto - fatores associados ao atendimento público e privado em Joaçaba – SC. 2005, 98f [Dissertação de Mestrado] Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.

MARTEL, M.; WACHOLDER, S.; LIPPMAN, A.; BROHAN, J.; HAMILTON, E. Maternal age and primary cesarean section rates: a multivariate analysis. **Am J Obstet Gynecol**, v. 156, p. 305-8, 1987.

MARTINS-COSTA, S.H.; HAMMES, L.S.; RAMOS, J.G.; ARKADER, J. Cesarianas: indicações. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, 2002.

MCCLOSKEY, L.; PETIT, D.B.; HOBEL, C.J. Variation in the use of cesarean delivery for dystocia: lessons about the source of care. **Medical Care**, v. 30, p. 126, 1992.

MCCMAHON, M.J. Vaginal birth after cesarean. **Clin Obstet Gynecol**, v.41, p.369–81,1998.

MÉDICI, A.C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: **Hucitec**, 1999.

MELLO-E-SOUZA, C. C. Sections as ideal births: The cultural construction of beneficence and patents' rights in Brazil. **Cambridge Quartely Health Care Ethics**, v.3, p.358-66, 1994.

MINKOFF, H.; CHERVENAC, F.A. Elective Primary Cesarean Delivery. **N Engl J Med**, v. 348, n. 10, p. 946-50, 2003.

MURRAY, S.F. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. **British Medical Journal**, v.321, p. 1501-5, 2000.

MUYLDER, X. Caesarean sections in developing countries: some considerations. **Health Policy Plann**, v.8, p.101-12, 1993.

NATIONAL VITAL STATISTICS REPORTS, v. 54, n. 4, sep 22, 2005. **NICE**. Caesarean section: Full guideline. Published 26 April 2004. Disponível em:<http://guidance.nice.org.uk/CG13/guidance/pdf/English>. Acessado em: 25 maio 2009.

NOGUEIRA, M. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: **Hucitec / Abrasco**; p. 165, 1994.

NOMURA, R.M.Y.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1 p.9-15, 2004.

NOTZON, F, C. International differences in the use of obstetric interventions. **JAMA**, v.263, p.3286-91, 1990.

O'DRISCOLL, K.; FOLEY, M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. **Brit J Obstet Gynecol**, v.61, p.1-5,1983.

OLINTO, M.T.A.; MOREIRA-FILHO, D.C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, p. 365-75, 2006.

ORGANIZACION PARANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Américas. OPS - **Publicación Científica**, 524. Washington, v. 1, p. 55 - 71, 2002.

OSAVA, R.H. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstétrica. **J. Brás. Ginecol**, v.106, n.11, p. 421-7, 1996.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**; v.14 (supl), p.25-32,1998.

PARANÁ. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna. Relatório trienal 1994-96 (CEPMM-PR). Mortalidade materna no Paraná, do anonimato à ação. Curitiba: **Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna**; 1997.

PATERSON-BROWN, S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? **British Medical Journal**, v. 317, p. 462-5, 1998.

PERPÉTUO, I.H.O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**, v. 22, p.24-8, 2000.

PETITI, D.B. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. **Clin Obstet Gynecol**, v. 28, p. 763, 1985.

PICKHARDT, M.G.; MARTIN, J.N.; MEYDRECH, E.F.; BLAKE, P.G.; MARTIN, R.W.; PERRY, J.R.; MORRISON, J.C. Vaginal birth after cesarean delivery: are there useful and valid predictors of success or failure? **Am J Obstet Gynecol**, v.166, p.1811-9, 1992.

PINOTTI, J.A.; FAÚNDES, A. As distorções da cesariana. **Revista Paulista de Medicina**, v.4, n.5, p.79-84, 1988.

PISTINER, M.; GOLD, D.R.; ABDULKERIM, H.; HOFFMAN, E.; CELEDON, J.C. Birth by cesarean section, allergic rhinitis, and allergic sensitization among children with a parental history of atopy. **The Journal of allergy and clinical immunology**, v. 122, p. 274–9, 2008.

PLAUT, M.M.; SCHWARTZ, M.L.; LUBARSKY, S.L. Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with previous cesarean section. **Am J Obstet Gynecol**, v.180, p.1535-42, 1999.

POTTER, J.E.; BERQUÓ, E.; PERPÉTUO, I.H.O.; LEAL, O.F.; HOPKINS, K.; SOUZA, M.R.; FORMIGA, M.C.C. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **British Medical Journal**, v. 323, p. 1155-8, 2001.

QUADROS, L.G.A. The high rate caesarean sections in Brazil is not only doctors' blame. **British Medical Journal**, - Eletronic letters published, April 20, 2002.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. Núcleo de Investigação sobre Saúde da Mulher e da Criança. Instituto da Saúde. São Paulo, SP – Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.1, p. 54-59, 1996.

RIBEIRO, E.R.O.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; SILVA, M.A. da. Comparação entre duas cortes de mães adolescentes em município do Sudoeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 2, p.136-286, 2000.

RIBEIRO, V.S.; FIGUEIREDO, F.; SILVA, A.A.M.; BETTIOL, H.; BATISTA, R.F.L.; COIMBRA, L.C.; LAMY, Z.C.; BARBIERI, M.A. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 40, p. 1211-1220, 2007.

ROCHA, J.S.Y.; ORTIZ, P.C.; FUNG, Y.T. A. Incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**, v.1, p. 457-66, 1985.

ROCK, S.M. Variability and consistency of rates of primary and repeat cesarean sections among hospitals in two states. **Public Health Reports**, v.108, p.514-6, 1993.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of labour - full guidance. Published 12 June 2001.. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CGD/guidance/pdf/English>. Acessado em: 20 maio 2009.

RODUIT, C.; SCHOLTENS, S.; DE JONGSTE, J.C.; WIJGA, A.H.; GERRITSEN, J.; POSTMA, D.S. Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. **Thorax**, v. 64, p. 107–113, 2009.

SACHS, B.P.; YEH, J.; ACKER, D.; DRISCOLL, S.; BROWN, D.A.; JEWETT, J.F. Cesarean section–related maternal mortality in Massachusetts, 1954–1985. **Brit J Obstet Gynecol**, v.71, p.385–8,1999.

SALINAS, A.M.; CORIA, I.; REYES, H.; ZAMBRANA, M. Effect of quality of care on preventable perinatal mortality. **Int J Qual Health Care**, v.9, p.93-9, 2004.

SANTOS, I.S.; BARONI, R.C.; MINOTTO, I.; KULMB, A.G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 34(supl), p.603- 9, 2000.

SAKALA, C. Medically unnecessary cesarean section births: Introduction to a symposium. **Soc Sci Med**, v.37, p. 1177-98, 1993.

SCHINDL, M.; BIRNER, P.; REINGRABNER, M.; JOURA, E.A.; HUSSLEIN, P.; LANGER, M. Elective cesarean section vs spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.82, n.9, p. 834-40, 2003.

SCHLINZIG, T.; JOHANSSON, S.; GUNNAR, A.; EKSTRÖM, T.J.; NORMAN, M. Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. **Acta Pædiatrica**, v. 98, p. 1096–1099, 2009.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. – Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 1991. São Paulo, 2000.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Situação de Saúde de Sergipe - 2004. (documento provisório). Coordenação de Informação Situação de Saúde de Sergipe, Aracaju 2005. 93 p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. SIAB/NET - 2006. Coordenação de Informação Situação de Saúde de Sergipe, Aracaju 2006. 114 p.

SIGNORELLI, C.; CATTARUZZA, M.S.; OSBORN, J.F. Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multicentre study. **Public Health**, v. 109, p. 191-9, 1995.

SILVA, A.A.M.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; GOLDANI, M.Z.; RONA, R.J. Why are Brazilian babies becoming lighter? **Pediatric Research**, v. 53, p. 160, 2003.

SILVA, E.T.; CAETANO, J. A.; SILVA, A. R.V. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. **Rev Brasi. em Promoc. de Saúde**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil, v.19, n.4. p. 216-223, 2006.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 231-41, 2004.

SHOWLATER, E.; GRIFFEN, A. All woman should have a choice. **British Medical Journal**, v. 319, p.1397, 1999.

SOUZA, C.M.C-Sections as ideal births: The cultural constructions of beneficence and patients' Rights in Brazil. **Cambridge Quarterly of healthcare Ethics**, v. 3, p. 358-66, 1994.

STAFFORD, R. S. The impact of nonclinical factors on repeat cesarean section. **JAMA**, v.265, p.59-63, 1991.

TAFFEL, S.M.; LISS, T. Trends in the United States cesarean section rate and reasons for the 1980-85 rise. **American Journal Public of Health**, v.77, p. 955-9, 1987.

TAHSEEN, S.; GRIFFITHS, M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2) a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. Accepted 19 July 2009. Published Online 14 September 2009.

TALJAARD, M.; DONNER, A.; VILLAR, J.; WOJDYLA, D.; FAUNDES, A.; ZAVALETA, N.; ACOSTA, A. For the World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Understanding the factors associated with differences in caesarean section rates at hospital level: the case of Latin America. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 23, p. 574–581, 2009.

TANAKA, A.C. d'A.; SIQUEIRA, A.A.F.; BAFILEL, P.N. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: **Hucitec/Abrasco**; p.168, 1995.

TANAKA, O.Y. Políticas de saúde: Estrutura e avaliação dos serviços. In: Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologia de Pesquisa em Saúde Perinatal, 1994, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (Série Investigação da Saúde da Mulher, Criança e Adolescência, 3); p. 3-11, 1994.

TOWNER, D.; CASTRO, M.A.; EBY-WILKENS, E.; GILBERT, W.M. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. **N Engl J Med**, v. 341, p. 1709-14, 1999.

TREVISAN, M.R.; DE LORENZI, D.R.S.; ARAUJO, N.M.; ÉSBER, K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5. p.29-33, 2002.

TRIPATHI, S. Consumer demand for caesarean section: problem is global and causes are multiple. **British Medical Journal** - Electronic Letters, p. 235-28, 2002.

TUCKER, J. Patient volume, staffing, and workload in relation to risk-adjusted outcomes in a random stratified sample of UK neonatal intensive care units: a prospective evaluation. **Lancet**, v. 359, p. 99-107, 2002.

TURNBULL, D.A.; WILKINSON, C.; YASER, A.; CARTY, V.; SVIGOS, J.M.; ROBINSON, J.S. Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. **Med J Aust**, v. 170, n.12, p. 580-3, 1999.

TUSSING, A.D.; WOJTOWYCZ, M.A. The Cesarean Decision In New York State, 1986. **Medical Care**, v. 30, p. 529-40, 1992.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância 2006. Brasília (DF); 2008.

VELASCO, V.I.P. **Estudo Epidemiológico das Gestantes de Niterói 1998**, 114f. Dissertação (mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, RJ, 1998.

VILLAR, J.; WOJDYLA, D.; ZAVALETA, N.; CARROLI, G.; VELAZCO, A.; SHAH, A.; CAMPODONICO, L.; BATAGLIA, V.; FAUNDES, A.; LANGER, A.; NARVAEZ, A.; DONNER, A.; ROMERO, M.; REYNOSO, S.; DE PADUA, K.S.; GIORDANO, D.; KUBLICKAS, M.; ACOSTA, A. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, p. 1819-29, 2006.

VOLOCHKO, A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: Berquó, E, organizador. **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; p. 229-56, 2003.

WAGNER, M. Choosing caesarean section. **Lancet**, v. 356, p. 1677-80, 2000.

WANIEZ, P.; WURTZ, B.; BRUSTLEIN, V. Abuse of Caesarean Delivery in Brazil: Geographic Dimensions of a Medical Aberration. **Sante**, v. 16, n. 1, p. 21-31, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. , p. 436-7, 1985.

_____. Investing in Health: World Development Indicators. New York: Oxford University Press 1993; 150.

YAZLLE ROCHA, J.S.; ORTIZ, P.C.; FUNG, Y.T. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**, v.1, p. 457-66, 1985.

ANEXOS

1. Hospital= 1=Sta Izabel; 2=Sta. Helena; 3=Hildete Falcão; 4=Renascença

2. Número de Identificação:

--	--	--	--

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO-SOCIAL DA SAÚDE PERINATAL DE PARTOS HOSPITALARES DE
ARACAJU e LAGARTO

Nome do entrevistador: _____

3. Data da Entrevista:

Dia		Mês		Ano	

4. Número do cartão SUS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. DADOS DA MÃE

5. Nome: _____
(Nome completo, sem abreviaturas)

6. Apelido _____ 7. R.G: _____ UF _____

8. Endereço completo, sem abreviações

(Rua, Avenida, Travessa, Sítio, etc., e número)

9. Bairro _____

--	--

 telefone(s) de contato fixo _____

10. Município: _____

Ponto de referência _____

11. Área (urbana = 1, rural=2)

--

Dia Mês Ano

12. Data do nascimento (dd/mm/aa)

--	--	--	--	--	--

13. Idade da mãe no parto

--	--

14. Ocupação atual: _____

--	--

1. Hospital= 1Sta Izabel; 2=Sta. Helena; 3=Hildete Falcão; 4=Renascença

2. Número de Identificação.

Situação do trabalho: (**do lar = 0; empregado com carteira=1; empregado sem carteira=2;**

autônoma= 3; Proprietária= 4; desempregado=5; aposentado=6;

estudante = 7;funcionário publico=8; prejudicado=9)

15. Situação Conjugal (solteira= 1; consensual= 2; viúva = 3; separada=4)

16. Como você considera sua cor: (branco=1; preto=2; pardo/mulato/moreno=3;

amarelo/ocidental=4;indígena;outros=6)

17. Segundo sua observação, qual a cor da entrevistada? (branco=1; preto=2; pardo, mulato,moreno =3;

amarelo/oriental=4;indígena; outros=6)

18. Você frequentou a escola? (sim= 1;não=2)

19. Você ainda vai à escola? (sim= 1;não=2)

20. Até que série você completou? _____ (NÃO PREENCHER)

(especificar série e nível por extenso)

21. Quantas gestações você já teve? (número)

22. Quantos nascidos vivos? (número)

23. Quantos abortos? (número)

24. Quantos natimortos? (número)

25. Quantas gestações gemelares? (número)

26. Quantas cesáreas anteriores? (número)

27. Você fuma atualmente?(sim=1;não=2)

28. Quantos cigarros por dia? (não se aplica=00)

29. Você fumou por mais de 1 ano? (sim=1;não=2)

30. Qual a idade que começou a fumar?(anos)

31. Há quanto tempo parou de fumar?(anos; não se aplica=00)

32. Quantos cigarros você fumava por dia?(número; não se aplica =00)

33. Você fumou durante a gravidez?(sim=1; não=2)

1. Hospital= 1Sta Izabel; 2=Sta. Helena; 3=Hildete Falcão; 4=Renascença

2. Número de Identificação.

34. Quantos cigarros você fumou, por dia, até o 5º mês?(número)

35. Quantos cigarros você fumou, por dia, após o 5º mês?(número)

36. Você costuma tomar bebida alcoólica?(sim=1 não=2)

37. Se sim, qual a frequência?(todo dia=1; 2x p/semana ou mais=3; menos de 2x p/ semana=2; não se aplica =0)

Antes da gravidez quais das doenças citadas abaixo, foram diagnosticadas em você por um MÉDICO?:

	DOENÇA	1=SIM	2=NÃO
38-	Hipertensão (pressão alta)		
39-	Diabetes (açúcar no sangue)		
40-	Angina (dor ou aperto no peito)		
41-	Infarto do miocárdio		
42-	Asma (chiado no peito)		

B. DADOS DO PAI

43. Ocupação atual _____

Situação de trabalho: (empregado com carteira=1; empregado sem carteira=2; autônomo=3;

Proprietário=4; desempregado=5; aposentado=6;

Estudante=7; funcionário publico=8; prejudicado =9)

44. O pai da criança frequentou a escola? (sim= 1;não=2; 9=não sabe, 8=

45. O pai da criança ainda vai à escola? (sim= 1;não=2;não se aplica = 0)

46. Até que série o pai da criança completou? _____ (NÃO

PREENCHER)

(especificar série e nível por extenso)

C. DADOS RELATIVOS À RENDA

47. Qual o número de pessoas na casa? (número)

48. Qual a renda familiar? (R\$, em salários mínimos; menos que 1 SM =1; 1 a menos de 3 SM =2; 3 a menos de 5 SM=3; 5 a menos de 10 SM =4; 10 ou mais SM ou =5)

49. Quantas pessoas contribuem para a renda familiar? (número)

1. Hospital= 1Sta Izabel; 2=Sta. Helena; 3=Hildete Falcão; 4=Renascença

2. Número de Identificação.

50. Quem é a pessoa que mais contribui? (pai=1; mãe=2; avô(a)=3; irmão(a)= 4; outro=5)

51. A família recebe algum tipo de auxílio governamental ou não? (bolsa família=1; bolsa escola=2; auxílio gás=3; bolsa escola cidadão=4; PETI=5; outro=6, mais de um auxílio=7 e não = 0)

D.DADOS RELATIVOS À GESTAÇÃO

52. Data da última menstruação?

Dia	Mês	Ano
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

53. Duração da gestação (*semanas completas*) **(NÃO PREENCHER)**

54. Fez pré-natal ? (*sim= 1, não= 2*)

55. Em que município fez o pré-natal? _____ **((NÃO PREENCHER))**

56. Como fez o pré-natal? (SUS=1; convênio=2; previdência pública estadual=3; particular=4; não se aplica=0)

57. Com quantas semanas de gestação iniciou o pré-natal? (*número; não se aplica = 00*)

58. Número de consultas realizadas no Pré-natal (*número, não se aplica=00*)

59. Por quem foi assistida no Pré-Natal (enfermeira=1, médico PSF=2, obstetra =3, enfermeira e médico PSF =4, enfermeira e médico =5, não se aplica=0)

60. Suas mamas foram examinadas no pré-natal? (sim=1;não=2)

61. Quem examinou? (enfermeira=1, médico PSF=2, obstetra=3, enfermeira e médico PSF=4, enfermeira e médico =5, não se aplica=0)

62. Você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno no pré-natal? (sim = 1; não = 2)

63. Se recebeu quem fez está orientação? (enfermeira=1, médico PSF=2, obstetra=3, enfermeira e médico PSF=4, enfermeira e médico =5, agente comunitário de saúde =6; não se aplica=0)

64. Você tem o cartão da gestante?(sim=1;não=2)

65..O médico desta maternidade viu o cartão da gestante? (sim=1;não=2, não sabe=8; não se aplica=0)

66. Nesta gestação você fez alguma consulta com o dentista? (*sim= 1, não= 2*)

67. Quantas consultas? (*número, não se aplica=00*)

68. Nesta gestação, você teve dor de dente? (*sim= 1, não= 2*)

69. Teve sangramento na gengiva? (*sim= 1, não= 2*)

1. Hospital= 1Sta Izabel; 2=Sta. Helena; 3=Hildete Falcão; 4=Renascença

2. Número de
Identificação.

Durante esta gravidez você teve alguma destas doenças diagnosticadas por um MÉDICO?

	DOENÇA	1=SIM	2=NÃO
70-	Hipertensão (pressão alta)		
71-	Diabetes (açúcar no sangue)		
72-	Angina (dor ou aperto no peito)		
73-	Asma (chiado no peito)		

Medicamentos usados durante a gravidez (exceto vitaminas e sulfato ferroso): (anotar o nome por extenso)

74. _____

75. _____

76. _____

77. Com que idade você teve sua primeira menstruação? (anos)

78 Com que idade você iniciou atividade sexual? (anos)

79. Alguma vez você já foi obrigada a fazer sexo sem seu consentimento? (sim=1, não=2)

80. Antes de engravidar, estava usando algum método anticoncepcional? (sim=1, não=2)

81. Se sim, qual método? (escrever por extenso)

(NÃO

PREENCHER)

82. Se estava usando, por que você acha que engravidou? (parou de usar=1; método falhou=2; uso incorreto=3;

não sabe=4; outro =5 não se aplica =

E.DADOS RELATIVOS AO PARTO.

(Copiar do prontuário, exceto a pergunta 87 a 89)

Dia

hora

mim

h

m

83.Data do Parto

84. Hora do nascimento

(hh/mm)

85. Nº de fetos (número)

86. Tipo de parto (normal=1; cesariana=2; fórceps=3).

87. Se foi cesárea qual o motivo? (escrever por extenso)

88. Categoria de Internação (SUS=1, convênio=2, previdência pública=3, particular=4, complemento= 5,

pacote=6)

89.Seu filho foi colocado no seio na sala de parto? (sim =1;não=2)

1. Hospital= 1Sta Izabel; 2=Sta. Helena; 3=Hildete Falcão; 4=Renascença

2. Número de Identificação.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

F.DADOS RELATIVOS AO RECÉM-NASCIDO.

(Copiar do prontuário)

90. Sexo (Masc= 1, Fem=2, Indeterminado=3)

91. Peso ao nascer (gramas)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

92. Comprimento ao nascer (cm)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

93. Perímetro cefálico (cm)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DIAGNÓSTICOS

(não preencher)

94. Apgar 1ºmin

95. Apgar 5º

96.

97.

98.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Semanas

Dias

99. Capurro (semana e dias)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

G. DADOS DO ÓBITO

(Copiar da declaração de óbito)

100. Data do óbito:

Dia		Mês		Ano	
<input type="text"/>					

101. Tempo de vida: meses

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

dias

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

horas

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

102. Causa básica

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Causas Associadas 103.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

104.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

105.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora,

Somos pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe e estamos fazendo uma pesquisa sobre as condições de saúde perinatal de partos hospitalares em Aracaju. Para isto, estamos realizando entrevistas com todas as puérparas de recém-nascidos que tiverem seus filhos nas Maternidades de Aracaju e Lagarto, no período de março a julho de 2005*. Além disso, consultaremos o seu prontuário e o de seu filho /filha e realizaremos exames na senhora e em seu filho (a).

*O objetivo desta pesquisa é o de conhecer a situação de saúde de mães e recém-nascidos e de criar um banco de dados com essas informações. Existe a perspectiva de que, de tempos em tempos, voltemos a procurá-la para saber sobre a sua saúde e de seu filho (a). Para que isso possa acontecer, necessitamos que a senhora nos forneça o seu endereço e telefone mais confiável que for possível.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e ficamos, desde já, muito agradecidos por sua colaboração. Ressaltamos quanto ao seu direito de ser informada, sempre que necessário, com garantia de sua privacidade e sigilo absoluto quanto a sua identidade e imagem. No entanto, se a senhora não quiser participar, nada lhe acontecerá ou ao seu filho (a) e vocês serão atendidos da mesma forma.

Qualquer dúvida poderá ser tirada com a nossa assistente de pesquisa ou comigo no telefone 218-1783 ou 9977-0480, 9972-9677.

Um grande abraço e muito obrigado pela colaboração.

Aracaju, _____ de _____ 2005.

Nome Completo

(Assinatura)

(Assinatura do Pesquisador)

ANEXO C

Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista S/N-Didática V - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone:(79) 218-1783 Fax:(79) 218-1739
E-mail: cephu@ufs.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa “ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO-SOCIAL DA SAÚDE PERINATAL EM SERGIPE”, sob a orientação do Prof^o Dr. Ricardo Queiroz Gurgel, tratando-se de um estudo epidemiológico, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe-CEP/UFS, em reunião realizada dia 10/12/2004.

Aracaju, 17 de dezembro de 2004.


Prof. Dr. Manuel Herminio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/UFS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)