UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

DÉBORA CRISTINA MODESTO BARBOSA

**Fatores associados com altas taxas de cesáreas na coorte de
nascimentos de Ribeirão Preto em 2010: projeto BRISA**

RIBEIRÃO PRETO, SP
2016

DÉBORA CRISTINA MODESTO BARBOSA

**Fatores associados com altas taxas de cesáreas na coorte de
nascimentos de Ribeirão Preto em 2010: projeto BRISA**

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em
Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente

Orientadora: Profª Drª Heloisa Bettiol

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que
aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

RIBEIRÃO PRETO, SP

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Serviço de Documentação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

BARBOSA, Débora Cristina Modesto

Fatores associados com altas taxas de cesáreas na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto em 2010: projeto BRISA / Débora Cristina Modesto Barbosa; orientadora Heloísa Bettiol. Ribeirão Preto, 2016.

179f.:il.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Cesárea. 2. Parto. 3. Fatores de Risco. 4. Estudos de Coorte.

DÉBORA CRISTINA MODESTO BARBOSA

**Fatores associados com altas taxas de cesáreas na coorte de
nascimentos de Ribeirão Preto em 2010: projeto BRISA**

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em
Ciências Médicas.

Orientadora: Profª Drª Heloisa Bettiol

Aprovado em: 25/10/2016

Banca examinadora

Profª. Drª. Heloísa Bettiol

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profª. Drª. Alessandra Cristina Marcolin

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profª. Drª. Elisabeth Meloni Vieira

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profª. Drª. Vanda Maria Ferreira Simões

Instituição: Faculdade Federal do Maranhão – UFMA

Assinatura: _____

Prof. Dr. Alexandre Archanjo Ferraro

Instituição: Faculdade de Medicina – USP

Assinatura: _____

Dedico esse trabalho a todos aqueles que me ajudaram nessa trajetória, me apoiaram e acreditaram em mim, me proporcionando condições de superar as adversidades e alcançar um grande objetivo.

Dedico a Deus, que me proveu serenidade nos momentos de tensão, segurança nas situações de angústia, confiança nos momentos de desânimo, me guiando pelo melhor caminho.

Dedico a minha mãe, Maria Edna Modesto, por sempre acreditar em mim e durante toda a minha vida me proporcionar condições para ser a pessoa que sou.

Dedico ao meu marido, Luís Gustavo Fabiano Saran, que dentre tantas mudanças, necessidades e investimento de tempo, se manteve presente, acolhedor e prestativo. Foi paciente e conseguiu me auxiliar apesar das oscilações de humor e angústias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Heloísa Bettiol, a oportunidade que me proporcionou de realizar este trabalho. De sempre ser presente, prestativa, paciente e acima de tudo profissional. Orientar é algo que demanda competência, vontade e domínio, e você foi exemplo de tudo isso. Obrigada por me proporcionar condições de partilhar um pouco desse vasto campo de atuação do projeto Brisa, de me envolver com profissionais que são referência na área e principalmente, por sempre me deixar confiante que valeu a pena. Não mediu esforços, não me desamparou e como referência na área que é, foi um grande exemplo a ser seguido. Este trabalho só foi possível graças a você. Obrigada e saiba que estará eternizada em meus agradecimentos.

Ao professor Marco Antônio Barbieri, por sempre estar atento a tudo o que acontece a seu redor e fazer apontamentos únicos e extremamente pertinentes ao trabalho. Por ampliar meu olhar, gerar reflexão e proporcionar uma conduta mais assertiva. Ser realista, prático e metódico. Essa convivência de 4 anos gerou profundas mudanças, não só relacionada ao trabalho aqui apresentado como enquanto pessoa. Obrigada por tudo.

Ao professor Manoel Gutierrez, outra referência de profissionalismo e pessoa. Possibilitou-me ir além do esperado, me instigou a olhar aspectos antes não esperados, e acima de tudo, me proporcionou a confiança de que estava no caminho certo. Esse trabalho tem muito de você, que investiu tempo, conhecimento, conversa e motivação. Sou agradecida por conhecê-lo e desfrutar desses momentos riquíssimos de troca e partilha que ficarão eternizados. Tenho como referência profissional e grande amigo.

Aos professores: Alessandra Marcolin, Alexandre Ferraro, Elisabeth Meloni, Fabiana Mamede, Maria do Carmo Leal, Ricardo Cavalli, Vanda Simões, Viviane Cunha e Walusa Ferri por se disponibilizarem em serem membros da banca, realizarem apontamentos pertinentes para melhoria do trabalho, e participarem desse momento de realização. Não poderia ter melhores exemplos para contribuir com este trabalho. Obrigada aqueles que participaram da banca de defesa, e aqueles que infelizmente não puderam comparecer, mas não deixaram de dar sua contribuição.

Agradeço a Stela (Stelinha) e Neusa, secretárias do Núcleo de Estudos da Saúde da Criança/Adolescente (NESCA), por me acolherem e pacientemente me auxiliarem sempre que necessário, principalmente com os intermináveis questionários. Foram amáveis, amigas e profissionais. Muito obrigada por me ajudarem nessa etapa da minha vida e por torcerem por mim.

Às secretárias do Departamento de Puericultura e Pediatria, e em especial a Vera, que sempre auxiliou no que fosse necessário relacionado ao andamento deste trabalho, de forma ágil, completa e competente.

Aos profissionais da pós-graduação, por prontamente auxiliarem nas dúvidas referentes a esse processo: Iris, João e Mauro.

A todos os colaboradores, como a Laís e Fernanda, que me auxiliaram em partes referentes ao banco de dados, e outros tantos que realizaram a coleta dos dados da coorte que subsidiaram a base deste estudo. E claro, a todos os participantes da pesquisa, docentes envolvidos com o projeto BRISA, e demais profissionais, que proporcionaram condições de realização desta tese.

A todos os docentes do departamento e convidados que ministraram aula, propuseram discussões e possibilitam a reflexão sobre a área, favorecendo assim o engajamento para construção deste trabalho.

A todos os colegas de pós-graduação, que compartilharam momentos em sala de aula, discussão em grupo, conversas no laboratório.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro de parte deste trabalho.

Aos meus professores de ensino fundamental, médio, graduação e mestrado, que me proporcionaram condições de refletir, repensar e construir metas como esta, além de traçar meios de alcançá-la. Em especial aos meus orientadores de iniciação científica: prof^a Ana Maria Pimenta, prof^a Silvana Martins Mishima e prof. Evandro Cesarino, e minha orientadora do mestrado, prof^a. Aldaísa Cassanho Foster, por proporcionarem condições de reflexão, discussão e trabalho para conseguir amadurecimento necessário para chegar ao doutorado.

Aos meus amigos: Maria Elena, amiga de longas jornadas de estudo, de discussão e de ampliação de conhecimento. Mais que uma amiga, uma irmã. Augustus, meu quase padrinho. Amigo que favoreceu meu crescimento acadêmico, companheiro de publicações e angústias. Daniela Seabra, amiga de conversas infundáveis, pessoa sempre presente e motivadora. Aos amigos do “grupo rancho”: Sibeli, Bruno, Natalie, José Francisco Miguel, Ana Lara, Thais e Betinho por proporcionarem os momentos de descontração necessários para resgatar forças para focar nesta tese. E aos amigos: Daniel, Fabiana, Sandra e Rinaldo que mesmo distante, sempre estiveram na torcida.

A todos os meus familiares, por torcerem pelo meu melhor, sempre.

Aos docentes das instituições de ensino que tive a oportunidade de trabalhar: UNAERP, UNIFRAN E FACICA.

Ao Senhor Dilermando Rabelo e sua esposa Sirlene, pessoas que me acolheram e me proporcionaram condições de começar e dar andamento a este doutorado. Confirmaram em mim, me proporcionaram condições de crescimento profissional e pessoal. Sou eternamente grata por tudo que fizeram.

E todas as pessoas que passaram pela minha vida profissional e pessoal, que não citei.

O Mestre na arte da vida faz pouca distinção entre o seu trabalho e o seu lazer, entre a sua mente e o seu corpo, entre a sua educação e a sua recreação, entre o seu amor e a sua religião. Ele dificilmente sabe distinguir um corpo do outro. Ele simplesmente persegue sua visão de excelência em tudo que faz, deixando para os outros a decisão de saber se está trabalhando ou se divertindo. Ele acha que está sempre fazendo as duas coisas simultaneamente.

Autor desconhecido

RESUMO

BARBOSA, D. C. M. **Fatores associados com altas taxas de cesáreas na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto em 2010:** projeto BRISA. 2016. 179 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

O parto cesariano tem sido usado de forma abusiva no Brasil. Fatores socioeconômicos, culturais e de organização dos serviços de saúde colaboram para a grande proporção de partos cirúrgicos, muitas vezes sem indicação médica que a justifique. Objetivo: avaliar a associação independente de variáveis socioeconômicas e demográficas maternas, características da assistência à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico) e também com a causa da cesariana, classificada como terapêutica (doença ou condição materna ou fetal) e eletiva (sem causa médica expressa), em comparação ao parto vaginal. Método: Foram utilizados dados coletados de todas as puérperas do município de Ribeirão Preto, SP, em 2010, 7568 mães de recém-nascidos vivos de parto único. Na análise descritiva utilizou-se o teste de qui-quadrado e a associação dos fatores descritos com tipo de parto (vaginal e cirúrgico) foi testada por análise de Poisson com ajuste robusto da variância. A associação entre cesariana terapêutica ou eletiva e parto vaginal com as variáveis de interesse foi testada em análise de regressão logística multinomial. Resultados: Cesárea ocorreu em 58,4% dos partos, dos quais 58,3% foram terapêuticas e 41,7% eletivas; de todos os partos, 33,8% foram cesáreas terapêuticas e 24,3% foram eletivas. Após ajuste, cesárea foi mais frequente que parto vaginal nas gestações terminadas antes de 39 semanas, em mães adolescentes, com 9 a 11 anos de estudo, que realizaram partos no setor privado, depois de 12 horas decorridas entre internação e parto e internaram sem trabalho de parto; foi menos frequente de madrugada, às sextas-feiras, sábados e domingos, entre três e cinco horas da internação, em mães não brancas, que não realizaram pré-natal e parto com o mesmo médico e primíparas. Cesárea terapêutica foi mais frequente que o parto vaginal em gestações terminadas prematuramente; foi menos frequente que o parto vaginal de quinta-feira a domingo, entre três e 11 horas de internação, em gravidez não planejada e em múltiparas. Cesáreas eletivas foram mais frequentes nas gestações entre 37-38 semanas, entre mães com 5 a 11 anos de estudo e múltiparas com 2 a 4 partos; foram menos frequentes em mães idosas, nas classes menos favorecidas e com tempo de internação até o parto maior que três horas. Tanto as terapêuticas como eletivas foram mais frequentes do que parto vaginal em mães adolescentes, parto ocorrido no setor privado e fora do trabalho de parto. Ambas foram menos frequentes do que parto vaginal em mães, não brancas, partos realizados de madrugada e de quinta-feira a domingo e quando não foi o mesmo médico do pré-natal e parto. Conclusão: A taxa de cesárea em Ribeirão Preto apresentou valores expressivos, sendo 1/4 deles eletivos. Cesárea foi associada a características socioeconômicas da população estudada e também a fatores não clínicos, como assistência privada ao parto, dia e hora do nascimento. Algumas dessas características são comuns à cesárea terapêutica e eletiva, sugerindo que, mesmo com razões biológicas definindo a cesárea como terapêutica, fatores não clínicos podem ser mais importantes para decidir sobre a realização da cirurgia.

Palavras- Chave: Cesárea. Parto. Fatores de Risco. Estudos de Coorte.

ABSTRACT

BARBOSA, D. C. M. Factors associated with high rates of cesareans in Ribeirao Preto birth cohort in 2010: BRISA project. 2016. 179 f. Thesis (PhD) Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The caesarean section has been overused in Brazil. Socioeconomic, cultural and organization of health services factors contribute to the high proportion of surgical deliveries, often without medical indication to justify it. Objective: To assess the independent association of socioeconomic and maternal demographic variables, features of pregnancy and labor assistance and delivery characteristics of the type of delivery (vaginal and surgical) and also to the cause of cesarean section, classified as therapy (disease or maternal condition or fetal) and elective (without medical cause expressed), compared to vaginal delivery. Methods: We used data collected from all the mothers of Ribeirão Preto, SP, in 2010, 7568 mothers of live births of single birth. The descriptive analysis was performed using the chi-square test and the combination of the factors described in the type of delivery (vaginal and surgical) was tested by Poisson analysis with robust adjustment of the variance. The association between therapeutic or elective cesarean section and vaginal delivery with the variables of interest was tested in multinomial logistic regression analysis. Results: Cesarean occurred in 58.4% of births, of which 58.3% were therapeutic and 41.7% elective; of all births, 33.8% were therapeutic cesarean and 24.3% were elective. After adjustment, cesarean sections were more frequent than vaginal birth pregnancies ending before 39 weeks in teenage mothers, with 9 to 11 years of study, who underwent births in the private sector after 12 hours between admission and delivery and interned without labor. Cesaran was less frequent at dawn on Fridays, Saturdays and Sundays, between three and five hours of hospitalization in non-white mothers, who did not undergo prenatal and delivery with the same doctor and were primiparous. Cesarean therapy was more common than vaginal delivery in pregnancies ended prematurely; It was less frequent than vaginal delivery from Thursday to Sunday from 3 to 11 hours of hospitalization, in unplanned pregnancies and multiparous. Elective cesareans were more common in pregnancies between 37-38 weeks, between mothers with 5 to 11 years of study and multiparous with 2-4 deliveries; they were less common among older mothers from lower economical classes and length of hospitalization higher than three hours. Both therapeutic and electives were more common than vaginal delivery in teenage mothers, birth occurred in the private sector and outside labor. Both were less frequent than vaginal delivery in not white mothers, who carried out early morning deliveries from Thursday to Sunday and when not the same doctor performed prenatal care and labor. Conclusion: The rate of cesarean delivery in Ribeirao Preto presented significant values, and 1/4 of them electives. Cesarean section was associated with socioeconomic characteristics of the population studied and the non-clinical factors, such as private delivery care, day and time of birth. Some of these features are common to therapy and elective caesarean section, suggesting that even with biological reasons defining cesareans as a therapeutic procedure, non-clinical factors may be more important to decide on the surgery.

Words- Key: Cesarean. Childbirth. Risk Factors. Cohort Studies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descrição das categorias de nascimento, de acordo com o risco epidemiológico de cesariana, conforme a classificação de Robson.....	40
Quadro 2 -	Causas de cesárea.....	58
Quadro 3 -	Reclassificação de Outras causas para causa fetal.....	133
Quadro 4 -	Reclassificação de Outras causas para causa materna.....	134
Quadro 5 -	Reclassificação de Outras causas para causa eletiva.....	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características maternas segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, 2010.....	64
Tabela 2 – Distribuição do tipo de parto vaginal e cirúrgico por paridade e tipo de parto anterior. Ribeirão Preto, 2010.....	66
Tabela 3 – Distribuição das características da assistência à gestação e parto segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, 2010.....	67
Tabela 4 – Distribuição de categoria de atenção ao pré-natal e parto segundo atendimento médico. Ribeirão Preto, 2010.....	67
Tabela 5 – Distribuição das características do parto segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, 2010.	80
Tabela 6 – Análise não ajustada da associação de características maternas, atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico). Ribeirão Preto, 2010.....	81
Tabela 7 – Análise ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico). Ribeirão Preto, 2010.....	84
Tabela 8 – Distribuição das características maternas, da assistência à gestação e ao parto e características do parto segundo as causas de parto (cirúrgico eletivo e terapêutico e parto vaginal). Ribeirão Preto, 2010.....	88
Tabela 9 - Análise multimonial não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o as causas de parto (cirúrgico eletivo e terapêutico e parto vaginal). Ribeirão Preto, 2010.....	92
Tabela 10 -Análise multimonial ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o as causas de parto (cirúrgico eletivo e terapêutico e parto vaginal). Ribeirão Preto, 2010.....	95
Tabela 11 -Taxas de cesáreas estimadas pelos critérios de Robson (2001) e observadas no presente estudo.....	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de cesárea segundo país.....	25
Figura 2 - População do estudo.....	54
Figura 3 - Variáveis do estudo	62
Figura 4 - Proporção de mesmo médico do pré-natal, segundo categoria pública e privada do pré-natal e parto. Ribeirão Preto, 2010.....	68
Figura 5 - Proporção de partos vaginais e cirúrgicos segundo categoria do pré-natal, parto e mesmo médico. Ribeirão Preto, 2010.....	69
Figura 6 - Proporção de partos segundo idade gestacional. Ribeirão Preto, 2010.....	70
Figura 7 - Proporção de partos segundo período de nascimento. Ribeirão Preto, 2010.....	71
Figura 8 - Distribuição do tipo de parto vaginal e cirúrgico segundo o horário de nascimento. Ribeirão Preto, 2010.....	71
Figura 9 - Percentual de partos vaginais e cirúrgicos por hora de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010.....	72
Figura 10 - Distribuição de partos vaginais por dia da semana e período de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.....	73
Figura 11 - Distribuição de partos cirúrgicos por dia da semana e período de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.....	74
Figura 12 - Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de assistência ao parto e hora de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.....	75
Figura 13 - Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de assistência ao parto e intervalo de tempo entre internação e ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.....	76
Figura 14 - Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de assistência ao parto e dia da semana de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.....	77
Figura 15 - Distribuição de parto cirúrgico e vaginal segundo trabalho de parto e indução do trabalho de parto. Ribeirão Preto, 2010.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACOG	<i>American College of Obstetrics and Gynecology</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
BRISA	<i>Brazilian Birth Cohort Studies</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDMR	<i>Caesarean Delivery on Maternal Request</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNGOF	Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CRH	Corticotropin-Releasing Hormone
DCP	Desproporção Cefalopélvica
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DOU	Diário Oficial da União
DR^a	Doutora
DUM	Data da Última Menstruação
DVD	<i>Digital Video Disc</i>
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GM	Gabinete do Ministro
h	Hora
hab/Km	Habitantes por Quilômetro
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corpórea
IG	Idade Gestacional
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
NESCA	Núcleo de Estudos da Saúde da Criança/Adolescente
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence/</i>
OD	<i>Odds Ratio</i>

OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PROF^a	Professora
RN	Resolução Normativa
RP	Risco de Prevalência
RP	Ribeirão Preto
SL	São Luis
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
USG	<i>Ultrassonografia</i>
UTI	<i>Unidade de Terapia Intensiva</i>
VB	<i>Vaginal Birth</i>
WHOGS	World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health

LISTA DE SIMBOLOS

US\$	Dólar
≥	Maior ou igual
<	Menor
Nº	Número
%	Percentual
Km²	Quilômetro Quadrado
R\$	Real
®	Registrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 O parto cesárea.....	21
1.2 Taxas de parto cesárea.....	24
1.3 Os serviços de saúde.....	31
1.4 Cesariana como desencadeadora de problemas de saúde (riscos maternos e Perinatais) e como intervenção que possibilita a vida.....	35
1.5 Diretrizes terapêuticas	41
2 JUSTIFICATIVA.....	44
3 OBJETIVOS.....	49
3.1 Objetivo Geral.....	49
3.2 Objetivo Específico.....	49
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	51
4.1 Delineamento do Estudo.....	51
4.2 Cenário e Local.....	51
4.3 Coorte de Nascimentos de 2010.....	51
4.4 Participantes da pesquisa.....	53
4.5 Coleta de dados e Instrumento de coleta.....	54
4.5.1 Instrumentos de coleta.....	55
4.5.2 Variáveis do estudo.....	55
4.6 Princípios éticos.....	59
4.7 Análise dos dados.....	59
5 RESULTADOS.....	62
5.1 Descrição das variáveis por tipo de parto vaginal e cirúrgico.....	63
5.1.1 Análise não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto	

(vaginal e cirúrgico).....	79
5.1.2 Análise ajustada associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico).....	82
5.2 Descrição das variáveis por causas de cesárea terapêutica e eletiva e parto vaginal.....	84
5.2.1 Análise multinominal não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com as causas de parto (cesárea terapêutica e eletiva e parto vaginal.....	89
5.2.2 Análise multinominal não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com as causas de parto (cesárea terapêutica e eletiva e parto vaginal).....	92
6 DISCUSSÃO.....	99
6.1 A taxa de cesárea.....	100
6.2 A cesárea por indicação médica e eletiva.....	103
6.3 Categorias de assistência ao parto: diferenciações entre setor público e privado.....	110
6.4 As características maternas sociodemográficas.....	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICES.....	133
ANEXOS.....	139

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um episódio fisiológico no ciclo de vida da mulher que gera mudanças no organismo, de forma lenta e progressiva, preparando e adaptando o organismo ao longo de modificações gerais e locais (GUERRA et al, 2011).

Com o desenrolar da gravidez, chega-se ao parto, processo biológico tido como um momento marcante na vida da mulher, no qual ocorrem inúmeras transformações tanto orgânicas como psicológicas. É um acontecimento fisiológico que segue um curso natural, em que as intervenções necessárias, na maioria dos casos, são mínimas (VICTORA et al, 2011).

No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais (BRASIL, 2012).

Com essa ampliação de partos sendo realizados nos hospitais (institucionalização do parto), é inegável que houve melhorias, tais como a melhor assepsia, formas de acompanhamento e resolução de problemas e situações pontuais apresentadas como, por exemplo, o pronto atendimento ao recém-nascido de risco por equipe médica especializada (ROCHA, 2004).

Desta forma, não há como negar que a institucionalização do parto trouxe avanços importantes na área da obstetrícia, porém, ao mesmo tempo, possibilitou a supervalorização da técnica do nascimento, a ênfase exagerada à sua fisiologia, negligenciou seus aspectos psicoemocionais e sociais, o que também deixou brechas para negar à parturiente seu direito de experimentar situações decorrentes de seus significados relacionados à gestação e ao parto, adquiridos culturalmente (GUALDA, 1993).

Os modelos de assistência ao parto oscilam de país a país, gerando assim diferentes avaliações da situação da parturiente e levando a diferentes intervenções médicas realizadas durante a assistência nestes diversos países (BRASIL, 2012).

Os modelos altamente medicalizado (centrado no médico), como os encontrados no Brasil e em países como Estados Unidos da América (EUA), diferem dos modelos desenvolvidos em países como na Holanda, Nova Zelândia e alguns países escandinavos, que utilizam uma abordagem menos intervencionista, o que gera um grande impacto nas taxas de partos cirúrgicos encontrados nestes diversos países (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Muito se tem discutido sobre o excesso de partos cirúrgicos relacionados à quantidade sem precedentes de uso de cesarianas como via de parto e suas consequências. Essa preocupação é válida e justificável, visto que embora o parto cirúrgico seja um procedimento eficaz para prevenir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, não é isento de riscos e tem sido associado a complicações em curto e longo prazo (infecção ou hemorragia materna, rotura uterina ou problemas em futuras gestações) (SOUZA, 2010; BETRAN, 2015).

Um questionamento importante a ser levantado é que, se a cesariana tornando-se a opção preferencial de muitos médicos e mulheres, estaria sendo transformada na forma normal de nascer.

1.1 A cesariana

Estudo realizado por Canguilhem (2009) que discute sobre o normal e o patológico revela que as normas são construções sociais e que o processo de normalização de determinada esfera social é a expressão de uma aspiração coletiva que define as formas de uma atividade, transformando-a no que os grupos hegemônicos desejam para o bem-estar coletivo. Foucault (2005), trabalhando os processos de medicalização e normatização, mostra que o processo de medicalização implica na difusão de discursos médicos pela sociedade, induzindo a adoção de algumas formas de viver, pensar e se comportar, e consequentemente, essas formas acabam por se transformar em normas que regulam a vida dessas pessoas. Nessa lógica, tem-se um cenário que possibilita deduzir que a mudança na via de parto mais prevalente na população tem gerado uma inversão no tipo de parto “normal” para a população.

Outro ponto de vista sobre o parto normal é apresentado por Lamaze International (2003) que refere que um parto normal é aquele que ocorre com o reconhecimento de que o corpo de uma mulher é capaz de proporcionar o crescimento de um conceito saudável durante a gravidez, que o parto ocorra sem intervenções desnecessárias que podem interromper processos normais do corpo e após o nascimento seja viabilizada a amamentação. Nessa lógica o Departamento Mundial de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS (1999) afirmou que o objetivo da

assistência é ter a dupla mãe e filho saudáveis com o mínimo de intervenções, sendo compatível com a segurança de ambos. Sendo assim, no parto normal, deve-se ter uma razão válida para interferir com o processo natural de gestação, parto e nascimento (ZWELLING, 2008; LOKE; DAVIES; LI, 2015).

Com os avanços que ocorreram na área da saúde, mais especificamente nas técnicas cirúrgicas, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. Essa segurança, muitas vezes associada ao ampliação de sua indicação em situações de comprometimento das condições de vitalidade, tanto fetais quanto maternas, foi responsável por significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, a partir do início da segunda metade deste século (BRASIL, 2001).

Ainda segundo Ministério da Saúde:

Desde o momento em que a morbidade e a mortalidade associadas à cesárea diminuíram, tanto para a mulher como para o recém-nascido, as indicações começaram a aumentar rapidamente. Com o relativo aumento da segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar indiretamente, cada vez mais razões para justificar a realização de uma operação cesariana (BRASIL, 2001, p.4).

Nessa lógica, é possível identificar características benéficas associadas à incorporação e disseminação do parto cesáreo, visto que ele passa a ser um procedimento cirúrgico que faz uso de tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas específicas que necessitam da interrupção da gestação como a única maneira de preservar a saúde da mulher ou do feto (BRASIL, 2001, p.4).

O cuidado necessário é não adotar esse procedimento cirúrgico indiscriminadamente, visto que a cesariana só deveria ser empregada em casos em que sua utilização realmente pudesse resultar em melhores condições de saúde para a parturiente e recém-nascido, já que, como todo procedimento cirúrgico, não está isenta de riscos (FIALHO, 2009).

Boisselier (1987) classifica as indicações de cesárea em três grupos: absolutas (desproporção céfalo-pélvica, placenta prévia ou obstáculo prévio e apresentações distócicas tais como transversa, frente, ombros); de prudência (apresentação pélvica, cicatriz uterina e sofrimento fetal); e de necessidade (distócias dinâmicas, toxemia gravídica e doenças maternas).

As situações do primeiro grupo (indicações absolutas) impossibilitam o parto por via baixa; no segundo grupo (indicações de prudência), o parto por via baixa é possível, mas pode implicar em risco materno-fetal aumentado; e no terceiro grupo (indicações eventualmente necessárias), o parto vaginal também é possível, dependendo do tratamento e correção da condição prévia que levou à indicação (D'ORSI, 2003).

Já Barros (2011) atribui que basicamente é possível identificar três situações para indicação de um parto cirúrgico: razões fetais, tais como sofrimento fetal agudo, desproporção feto-pélvica, distócia, pós-maturidade; razões maternas como hemorragias, parada de progressão, diabetes materna, eclampsia; e eletiva quando a mãe ou o médico optou por cesariana (BARROS, 2011).

Estas diversas razões apresentam conjuntamente um grande impacto no aumento de partos cirúrgicos. Com isso a cesariana tem se tornado cada vez mais frequente em quase todo o mundo, sendo as principais justificativas atribuídas a fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, associados à solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo (PATAH, 2011).

Para um trabalho de parto e nascimento bem sucedidos é necessário que haja coordenação entre o feto, a pelve, as contrações uterinas, a placenta e a resposta psicológica da parturiente (BRANDEN, 2000).

As razões pelas quais as mulheres preferem a cesárea ao parto vaginal seriam de dois tipos: um é o medo da dor durante o trabalho de parto e outro o medo do próprio parto. A ideia é que uma cesárea eletiva, decidida com antecedência para dia e hora marcados, permitirá à mulher um parto sem qualquer dor (FAUNDES; CECATTI, 1991).

Percebe-se que nem sempre os partos cesáreos são realizados em função de uma indicação médica, como doença materna ou situação fetal. O pedido da mãe, em muitas vezes, é a real razão da cesariana, proporcionando assim a necessidade de melhor entendimento desse cenário que tem proporcionado o aumento de partos cesáreos acima de parâmetros convencionados internacionalmente.

1.2 Taxas de parto cesárea

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS, em 1985, em Fortaleza, e reforçava a opinião de não haver justificativa para que houvesse valores diferentes destes. Na época este valor foi balizado por uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea (OMS, 2015).

Dentro desta lógica a OMS reforça que, para garantir estes valores, o objetivo da assistência ao parto deve ser o acompanhamento da mulher e conceitos, com o mínimo de interferência médica, buscando garantir a segurança de ambos. Para tanto, recomenda-se que a intervenção no nascimento de uma criança só ocorra quando realmente necessário.

Infelizmente o cenário atual tem mostrado um contexto bem diferente do discutido acima, onde se tem observado aumento na incidência de diversas intervenções, incluindo a cesariana que vem aumentando, tanto em âmbito nacional quanto internacional (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010). Desde a sua introdução na prática obstétrica, as taxas de cesariana têm aumentado continuamente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, produzindo a necessidade de estratégias para reduzir seu uso indevido, que não confere saúde adicional, mas pode aumentar os riscos maternos-fetais de morbimortalidade e gastos dos serviços de saúde (BETRÁN et al., 2007).

Nesse mesmo estudo foi apontado que as taxas de cesáreas, usando dados nacionais de países desenvolvidos e em desenvolvimento coletados entre 1991 e 2003, eram mais elevadas em países desenvolvidos e na América Latina e no Caribe, mas menor em alguns países em desenvolvimento. A taxa de cesárea média na Ásia era de 15,9%. China, Hong Kong e Líbano eram os países que apresentam as maiores taxas de cesárea na Ásia, com estimativas de 40,5%, 27,4% e 23,3%, respectivamente, enquanto Nepal e Camboja eram mais baixos (1%), seguido de Yemen (1,5%). Na Europa, a taxa média de partos cirúrgicos era de 19%, com taxas mais elevadas na Itália (36%) e Portugal (30,2%) e taxas mais baixas na Sérvia e

Montenegro (8%) e Moldávia (6,2%). Já a América Latina e Caribe apresentaram taxa média de 29,2%, com taxas nacionais que variaram de 1,7% no Haiti e de 7,9% em Honduras, e o México, Brasil, República Dominicana e Chile com taxas de 39,1%, 36,7%, 31,3% e 30,7% respectivamente. Já países como a África apresentavam taxa média de cesarianas inferior à taxa estimada pela OMS, de apenas 3,5%, sendo que a África do Sul apresentava 15,4%, o Egito 11,4% e Tunísia 8%. E países como Chad (0,4%), Madagáscar, Níger e Etiópia (0,6%) apresentavam as mais baixas taxas de cesárea no mundo (BETRÁN et al., 2007).

Em estudo realizado pelo mesmo autor relacionado a tendência crescente da cesariana entre 1990 e 2014 (BETRÁN et al., 2016) foi possível identificar essa oscilação nos diversos países e regiões, permanecendo as maiores taxas presentes na América Latina e no Caribe. Dessas regiões, o Brasil se apresenta como o país que tem as mais altas taxas de cesárea. A figura 1 ilustra essa distribuição segundo países e taxas de cesariana.

Figura 1– Taxa de cesárea segundo país (BETRÁN et al., 2016)

Segundo o Ministério da Saúde, nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento. As operações cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos) (CONITEC 179, 2016). No período de 10 anos, a prevalência de partos cirúrgicos elevou-se de

38,0% em 2000, para 52,3% em 2010, sendo a região Sudeste a que apresenta as maiores proporções do país, alcançando 58,3% em 2010, sugerindo o uso abusivo desse procedimento, visto que apresenta-se muito acima do valor preconizado pela OMS, garantindo assim ao Brasil a classificação de país que apresenta maior taxa de operações cesarianas no mundo, segundo relatório da UNICEF, nomeado de Situação Mundial da Infância 2011 (UNICEF, 2011).

Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas, a operação cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja benefício claro (CONITEC 179, 2016).

Apesar das taxas de cesariana no serviço público estarem acima daquelas recomendadas pela OMS, é na saúde suplementar que as distorções encontradas na assistência obstétrica se manifestam ainda com maior intensidade. Neste setor as taxas desta cirurgia chegam a alcançar valores até três vezes maiores do que os encontrados no SUS, chegando a valores 80% a 90% dos partos em hospitais privados (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2002) e alguns casos chegam a 100% (ANSS, 2008).

Dados publicados em 2015 pela ANSS apresentam uma taxa média de partos cesáreos por operadora de plano de saúde de 84,6%, segundo as 837 operadoras de pequeno, médio e grande porte atuantes no país. Dessas, 67% apresentaram taxas de cesárea entre 80% e 100% (9% das operadoras apresentaram taxa de cesárea de 100%, 32% das operadoras apresentaram taxa de cesárea de 90 a 99,9% e 26% das operadoras apresentaram taxa de cesárea de 80 a 89,9%). Taxas cesáreas médias de 50 a 79,9% ocorreram em 14,9% das operadoras e taxas de 25 a 50% de partos cesáreos ocorreram em 1,7% das operadoras (ANSS, 2015).

Um estudo realizado por Almeida et al. (2008) buscando analisar comparativamente unidades de atendimento do sistema público e privado em Ribeirão Preto, identificou maior prevalência da cesariana entre as mulheres que usaram estabelecimento de saúde da rede privada, 84,3% dos partos. Situação semelhante à detectada por Leal et al. (2004) no Rio de Janeiro, onde os partos cesarianos foram predominantemente realizados em instituições privadas e por mulheres com maior escolaridade.

A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante o trabalho de

parto (BARROS, 1986; GABERT, 1988; ENKIN, 1996; D'ORSI, 2003). Trata-se, portanto, de um recurso para ser utilizado quando o desenvolvimento vaginal do parto implica em algum tipo de risco para a mãe, para o feto ou para ambos. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos (SHEARER, 1993).

Sendo assim, o uso abusivo da cesariana pode causar mais dano que benefício gerando a contraprodutividade, ou seja, passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em suas funções como, por exemplo, instituições de saúde que produzem doenças, medicina que produz iatrogenias. No caso em questão, a cesariana que produz morbidade e mortalidade materna e neonatal (LEÃO et al., 2013).

Partos cirúrgicos que são realizados sem indicação desencadeiam cerca de 850.000 cesarianas desnecessárias realizadas anualmente na América Latina (BRASIL, 2011). Avaliando países como EUA, já em 1993 estimava-se que cerca da metade das cesarianas realizadas no país era medicamente desnecessária, o que resultava em indicadores de morbimortalidade evitáveis, assim como um custo de mais de US\$ 1 bilhão por ano (SHEARER, 1993).

Os modelos de assistência ao parto que cada país tem apresentam diferentes características que permeiam a realização de cesariana, tais como: forma de remuneração dos profissionais de saúde, forma de financiamento do sistema, constituição de equipe assistencial, local de ocorrência do parto, conflito de interesses, reserva de mercado de trabalho, entre outras. Sendo assim, o modelo adotado tem papel preponderante na escolha pelo tipo de parto, tanto pela parturiente quanto pelo profissional que atende ao parto, e consequentemente nas taxas de cesariana apresentadas nessa localidade (GOMES et al., 1999; GRANT, 2005; PATAH, 2011).

O parto cesárea realizado na rede pública e privada gera gastos e investimentos diferentes. Em maternidades que cobrem planos de saúde o valor aproximado que se cobra por um parto normal é de R\$ 1.339,00 e por uma cesárea é de R\$ 1.504,00, segundo a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, listagem feita pela AMB (Associação Médica Brasileira). No entanto, esses valores dizem respeito apenas ao procedimento em si e costumam ficar bem abaixo dos valores praticados no mercado. Mas como muitas dessas mulheres têm planos de saúde, elas costumam ter o parto coberto total ou parcialmente por eles. Quando escolhem um obstetra fora do plano, tem de arcar

com todos os gastos e depois solicitar um reembolso - em sua maioria, o total perfaz cerca de R\$ 5 mil.

No setor público, em 1998, o Ministério da Saúde já se organizava para conter as taxas de cesariana. A publicação da portaria 2.816 determinou um teto percentual máximo de cesarianas que poderiam ser realizadas em relação ao total de partos, e a portaria GM nº466/00 propôs o Pacto Nacional pela Redução da Taxa de Cesárea, sugerindo que todas as unidades da Federação alcançassem a taxa de 25% até 2007. Essas estratégias sofreram impacto apenas no setor público, dando margem às taxas abusivas, no setor privado (LEAL, 2007).

Estudo realizado pela OMS (GIBBONS et al., 2010) em 137 países, em 2008, identificou que a maioria dos países, 69, tiveram taxas acima de 15%, 14 países apresentaram taxas entre 10 e 15%, e 54 países tiveram taxas de partos cirúrgico abaixo de 10%. Neste mesmo estudo foi estimado que, do total de cesáreas realizadas, 3,18 milhões foram de cesáreas necessárias e quase o dobro, 6,20 milhões de cesáreas foram realizadas desnecessariamente. Avaliando o impacto financeiro desse tipo de parto, percebe-se que o custo do “excesso” global de cesáreas foi estimado em aproximadamente US\$ 2,32 bilhões, enquanto o custo global das cesáreas “necessárias” foi de aproximadamente US\$ 432 milhões (GIBBONS et al., 2010).

Estudos como o de Zwelling (2008) apontam que, com os avanços na tecnologia de reprodução¹, um número maior de cesáreas vem sendo observado nos últimos anos, e que isso é reflexo de mudança nas atitudes dos casais, que se sentem mais à vontade em solicitar uma cesárea. Sendo assim, a cesárea a pedido materno apresenta ausência de indicações médicas, e presença do tipo de parto preferido das gestantes (ZWELLING, 2008; LOKE; DAVIES; LI, 2015).

Apesar de muitas mulheres terem o interesse na cesárea, o mesmo estudo aponta que, em *Hong Kong*, a cesárea a pedido materno está disponível apenas no setor privado, não sendo praticada nos hospitais públicos, pois o custo de um CDMR (*Caesarean Delivery on Maternal Request*) no setor privado varia de US\$ 23.000 a

¹ Estudos têm sugerido associação entre o uso de tecnologias de reprodução (como a fertilização in vitro FIV) e defeitos de nascimento, neurodesenvolvimento adverso, pré-eclâmpsia, mortalidade perinatal, placenta prévia e aumento da taxa de cesárea, principalmente devido a gestações múltiplas, sendo que pacientes em uso de FIV foram 2,7 vezes mais propensas a desenvolver pré-eclâmpsia (IC 95% 1,7-4,4), 2,4 vezes mais propensas a ter descolamento prematuro da placenta (IC 95% 1,1-5,2), 6,0 vezes mais propensas a ter placenta prévia (95% CI 3,4-10,7), e 2,3 vezes mais propensas a sofrer cesariana (IC 95% 1,8-2,9) em comparação com os controles (SHEVELL et al, 2005).

US\$ 66.800 (todos os valores são cotados em dólares de Hong Kong), valor significativamente mais caro do que um VB (*Vaginal Birth*), o que implica que mulheres em situação financeira menos favorecida não possam pagar o plano CDMR no setor privado. Assim, tanto a política do hospital público como o *status* financeiro baixo aparecem nesse cenário como barreiras ao parto cesárea (LOKE; DAVIES; LI, 2015).

Sendo assim, é possível perceber que em termos populacionais, a proporção de partos cesáreos reflete o nível de acesso a essa intervenção e seu uso. Essa medida é útil para os governantes e responsáveis por políticas de saúde avaliarem os avanços na área de saúde materno-infantil e para monitorar os cuidados obstétricos de emergência e o uso de recursos nessa área (OMS, 2015)

Percebe-se então que muitas das cesáreas que são realizadas não tem indicação médica, o que vem contribuindo para a tendência secular em todo o mundo de aumento nas taxas de cesáreas. Neste contexto, a Pesquisa Global da Organização Mundial de Saúde sobre Saúde Materna e Perinatal “*World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health*” (WHOGS) fornece evidências sobre a relação entre o tipo de parto e resultados maternos e perinatais. O WHOGS foi um grande estudo transversal realizado em 24 países em todo o mundo entre 2004 e 2008, com o objetivo de mostrar a associação entre cesariana e risco aumentado de resultados adversos maternos, com foco especial sobre aqueles partos cirúrgicos sem indicação médica. Neste estudo, a taxa global de cesariana foi de 25,7%, sendo apenas 1% de cesáreas sem indicação médica (solicitação materna ou sem indicação específica), e também foi constatado que parto cirúrgico tem associação aumentada com morte, admissão a UTI, transfusão de sangue e histerectomia (OR ajustado=5,93, IC95%: 3,88-9,05) comparado com parto vaginal, e nas cesáreas sem indicação médica - esse risco é muito mais acentuado (OR ajustado=14,29; IC95%:10,91-18,72) (SOUZA, 2010).

Indicações clínicas não podem justificar esse aumento das taxas de cesariana. De fato, entre os fatores de risco para a realização de cesariana, de consenso na literatura, estão o alto nível socioeconômico, a alta escolaridade, o maior número de consultas de pré-natal, a primiparidade, o parto operatório prévio, o parto em hospital privado, pré-natal e parto realizados pelo mesmo médico e o baixo risco gestacional (BARROS; VAUGHAN; VICTORA, 1986; CUNHA et al., 2000; D'ORSI, 2003; SILVA et al., 1998; GOMES et al., 1999; ALMEIDA et al., 2008).

Coortes de nascimentos realizadas em três cidades do Brasil revelaram taxas de cesariana de 50,8% em Ribeirão Preto (1994); 47,5% em São Luís (2010), e 45,4% em Pelotas (2004) (SILVA et al., 2015; BARROS et al., 2006; GOMES; BETTIOL; BARBIERI, 1999).

De acordo com as indicações da literatura, a proporção de cesáreas deveria se situar em torno de 7% (FRANCOME et al., 1993; ENKIN et al., 1996 apud D'ORSI, 2003). Considerando que a redução das taxas de cesariana constitui um indicador de qualidade em relação aos cuidados de saúde materno-fetais, a Organização Mundial da Saúde (1999) recomenda que a proporção de cesarianas não ultrapasse o patamar de 15% da totalidade dos partos.

Em 1991, Faundes e Cecatti (1991), analisando as causas da explosão das taxas de cesariana no Brasil apontavam entre outros fatores o conforto para o médico de uma cirurgia agendada, em contraponto a imprevisibilidade do parto normal, a incerteza dos profissionais sobre sua capacidade de conduzir complicações no trabalho de parto, a falta de preparação da mulher para o parto durante o acompanhamento pré-natal e a ausência de parteiras nas equipes profissionais.

Sendo assim, o número de cesarianas, assim com as características que a desencadeiam, tanto da gestante quanto do serviço, tornam-se um indicador importante de saúde para que se construam propostas de intervenção realmente efetivas no campo de minimização de cesarianas desnecessárias.

O estudo ecológico mundial da OMS (YE et al., 2015) concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos, e que taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas a redução substancial nas taxas de mortalidade materna e neonatal, após o controle das condições socioeconômicas. Em todas as categorias de desenvolvimento, quando as taxas de cesáreas de uma população estão entre 5% e 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui acentuadamente conforme a taxa de cesárea aumenta. Em contrapartida, quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade; a associação entre as taxas de mortalidade foi ainda mais fraca após o ajuste para IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), pois países menos desenvolvidos tiveram mortalidade materna e neonatal muito mais elevada do que

os países mais desenvolvidos que apresentam a mesma taxa de cesariana (YE et al., 2015).

1.3 Os serviços de saúde e a adequação do Pré-Natal

A assistência pré-natal tem se mostrado como um dos principais fatores de proteção relacionado ao baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo e óbito perinatal no Brasil e em outros países em desenvolvimento, muito embora a gestação seja entendida como um fenômeno fisiológico e sua evolução se dê, na maioria das vezes, sem intercorrências.

De acordo com a normatização do Ministério da Saúde (BRASIL, 1985, p. 19), o pré-natal na sua essência se constitui como “um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito”.

Sendo um dos objetivos da assistência pré-natal a redução de riscos durante a gestação, Barbosa (1981, p. 135) afirma que:

[...] a boa qualidade, eficiência, frequência e assistência Pré-Natal revelam, sem dúvida, o desenvolvimento de uma nação. A assistência pré-natal é, por si, capaz de reduzir drasticamente as complicações da gestação e do parto e minimizar a mortalidade perinatal.

Sendo assim, os objetivos principais da assistência pré-natal são: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mãe para o parto, puerpério e lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco, para que seja possível prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal.

Neme (2000) confirma que o caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal bem feito previne e detecta precocemente várias doenças, tais como anemias, infecções, doença hipertensiva gestacional (pré-eclampsia, eclampsia); também favorece o preparo psicológico materno para o parto, além de garantir a perfeita estruturação do organismo fetal, prevenção do abortamento e o risco de parto prematuro e até o óbito perinatal, bem como na educação em saúde.

Com base nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, o qual buscava reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

A identificação da grávida de alto risco representa o principal elemento na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, demandando acompanhamento especializado, embora as outras funções de profilaxia e monitoramento da gravidez, desenvolvidas durante a assistência pré-natal, se constituem em práticas de promoção da saúde e de preparação para a maternidade.

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2006).

No sistema público, a desvinculação entre o pré-natal e o parto é considerada fator contribuinte para a realização de cesáreas, em função da ausência de informações, no momento do parto, sobre a gestação atual e anteriores (D'ORSI, 2003). Interessante notar que estudos evidenciam que a vinculação entre o médico que faz o pré-natal e o parto, no sistema privado, é um dos fatores que mais contribuem para a realização de parto operatório (GOMES et al., 1999; ALMEIDA et al., 2008).

A avaliação da assistência utilizando a informação é importante para as mudanças na situação de saúde e doença da população e para a redução das disparidades sociais (BRASIL, 2011). Desenvolver e implementar modelos de atenção ao parto alternativos aos modelos atualmente vigentes configura-se como uma das estratégias para a reversão da proporção de cesarianas no país.

A melhoria da qualidade de numeradores e denominadores desse indicador é fundamental para estimar, de maneira fidedigna, o risco de morte materna associado à cesárea.

Para tanto é fundamental conhecer a realidade que permeia a gestação e a realização do pré-natal e parto, para identificar características relevantes que interferem no processo e escolha do tipo de parto, ainda mais quando estudos como o de Goldani et al. (2004) e Béhague, Victora e Barros (2002) apontam que quanto

maior a adequação do uso da assistência pré-natal, maior o risco de cesárea, mostrando que quanto maior o contato do paciente com o sistema de saúde, maiores são as probabilidades de a paciente sofrer intervenção médica.

Estudos nacionais baseados nos parâmetros do PHPN observaram baixa adequação da assistência pré-natal no país. Em São Luís, utilizando os dados da coorte de 1997/1998 foi avaliada a adequação da assistência pré-natal, utilizando um indicador construído a partir do início e no número de consultas realizadas, que encontrou uma taxa de inadequação observada de 34,6%, sendo associada a mulheres atendidas em hospitais públicos, sem companheiro, com alta paridade e com menores níveis de escolaridade e renda familiar. Em 2010 a taxa de inadequação foi de 60,2% em São Luís, mostrando associação com baixa classe econômica, trabalho não qualificado/desempregada, baixa escolaridade, usuárias de álcool na gestação, sem religião e que fizeram atendimento pré-natal em serviço público de saúde. A construção desse indicador foi baseado nos critérios do PHPN e do manual do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde, sendo considerado adequado quando: a gestante iniciou o pré-natal até o quarto mês de gestação; realizou, no mínimo, seis consultas para uma gestação a termo (≥ 37 semanas) ou menor número de acordo com a idade gestacional ao parto (três consultas até 29 semanas; quatro consultas de 30 a 33 semanas e cinco consultas de 34 a 36 semanas); confirmou solicitação dos exames básicos de rotina (exame de sangue para hematócrito/hemoglobina e glicemia, exame do tipo sanguíneo, exame de sífilis, exame de urina, anti-HIV); realizou vacinação antitetânica anterior ou vacinação na gestação atual; confirmou ter sido aferida sua pressão arterial, seu peso e a medida da altura do fundo uterino; cálculo da idade gestacional por meio da data da última menstruação e exame das mamas; sendo considerado inadequado as demais situações (GOUDARD et al, 2016)

É perceptível que as taxas de inadequação do conteúdo da assistência pré-natal no Brasil são bem elevadas, quando baseado nos critérios do PHPN. Em Pelotas, apesar da alta cobertura (96%) encontrada, observou-se inadequação da assistência pré-natal em 73,2% das gestantes entrevistadas (GONÇALVES; CESAR; MENDONZA, 2009).

Para tentar minimizar esse problema, em 2011 foi lançado um novo programa de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil, como uma iniciativa que

procurava melhorar o acesso e qualidade de atendimento ao nascimento na rede pública de saúde – A Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011).

Tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Organiza-se para assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2011, a partir das seguintes diretrizes:

- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Para alcançar esse objetivo a rede Cegonha preconiza: o teste rápido de gravidez nos postos de saúde; o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais, inclusive teste de HIV e sífilis; a garantia de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, bem como vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada; a criação de centros da gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco. Além disso, o programa pretende também incentivar o aleitamento materno; disponibilizar o Samu *Cegonha* ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência e difundir, nas escolas, um programa de educação que busque controlar a gravidez na adolescência e trabalhe com a noção de direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2011).

Assim, esse modelo garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza.

Vê-se que acompanhamento da evolução de indicadores de saúde materno-infantil é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, como também os avanços ou retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, Ribeirão Preto apresenta condição particularmente privilegiada para avaliar a evolução desses indicadores, visto que dispõe de dados confiáveis sobre nascimentos ocorridos em momentos distintos, com intervalo de aproximadamente 15 anos entre eles. Nesse período observou-se aumento das taxas de cesariana de 30,3% em 1978/79 para 50,8% em 1994 (GOMES et al., 1999).

1.4 Cesariana como desencadeadora de problemas de saúde (riscos maternos e perinatais), e como intervenção que possibilita a vida

O nascimento pré-termo (antes da 37ª semana de gestação) é considerado um grande problema perinatal atual, pois está associado à morbidade e mortalidade significativas no início da vida. O aumento excessivo de partos cirúrgicos tem impactado nesse indicador, caracterizando partos medicamente induzidos, muitas vezes incorretamente indicados, o que tem provocando prematuridade iatrogênica (BARROS et al., 2004).

Bettiol, Barbieri e Silva (2010) relatam em seu estudo sobre a epidemiologia de nascimentos pré-termos que há uma associação entre o uso indiscriminado de cesarianas e aumento da taxa de parto prematuro, mas que embora as taxas de nascimento pré-termo estejam aumentando e sejam o principal contribuinte para a mortalidade perinatal e infantil, a sobrevivência de pré-termos extremos também tem aumentado.

O nascimento pré-termo é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil (SAIGAL; DOYLE, 2008). No Brasil, 6,7% dos nascidos vivos foram pré-termo em 2008, variando entre 4,8% e 7,7% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,7% foram pós-termo.

Algumas evidências tem sugerido que o aumento da taxa de nascimentos pré-termo e de baixo peso ao nascer no Brasil teve como uma de suas principais causas o aumento excessivo da taxa de cesáreas e de indução do parto. Leal et al. (2007) constatou que o aumento da prematuridade ocorreu tanto entre nascidos por parto vaginal quanto por parto cesáreo, quando se avaliou os partos em instituições privadas (coeficiente de variação de 26,3% e 55,4%, respectivamente). Quando se avaliou os partos no SUS, o aumento de prematuridade ocorreu de forma mais intensa somente entre os partos cesáreos.

Da mesma forma, a taxa de cesariana vem aumentando em Pelotas, segundo dados das coortes realizadas nessa cidade. A prematuridade nesse município aumentou de 6,3% em 1982 para 11,4% em 1993 e 14,7% em 2004. (BARROS et al., 2005).

O mesmo é percebido em Ribeirão Preto, segundo dados das coortes de nascimento que mostraram também que a taxa de nascimentos pré-termo aumentou de 7,6% em 1978/79 para 13,6% em 1994 (SILVA et al., 1998; BETTIOL et al., 2000; SILVA et al., 2004) e as de baixo peso aumentaram de 7,2% para 10,6 (SILVA et al., 1998). Já em São Luís, segundo dados das coortes de 1994/1995 e 2010, a taxa de baixo peso ao nascer foi, respectivamente de 8,5 e 8,6%, e de nascimento pré-termo foi de 13,2% em 1994/1995 e 12,9% em 2010. Mas dados da coorte realizada em São Luís mostraram um cenário diferente, sendo o maior número de nascimentos pré-termos originados de parto vaginal, e a cesariana não representou um fator de risco para o parto prematuro, apesar de o município também apresentar taxas excessivas de cesariana (ARAGÃO et al., 2004).

O aumento das taxas de cesarianas representa um problema de saúde pública que repercute na morbimortalidade materna e fetal e gastos hospitalares desnecessários (BETRÁN et al., 2007, VILLAR et al., 2006; CALDERON et al., 2002).

Uma das hipóteses levantadas é que o aumento recente na intervenção médica contribuiu para o aumento na prevalência do nascimento pré-termo, sendo que uma parcela dos partos pré-termo medicamente induzidos parece ser incorretamente indicada, provocando prematuridade iatrogênica. No Brasil observa-se uma verdadeira "epidemia" de cesárea, associada a índices extremamente elevados de nascimentos pré-termo, alguns ocorrendo sem razão médica aparente (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010).

Os estudos apontam que este aumento está relacionado às taxas crescentes de cesarianas com interrupção indevida da gravidez, sem justificativa médica, tendo como consequência a prematuridade iatrogênica e aumento do risco de morte infantil e perinatal (SANTOS et al., 2008; MATIJASEVICH et al., 2008) mesmo entre os recém-nascidos pré-termo tardios com peso adequado ao nascer.

A cesariana é um procedimento cirúrgico e, como tal, apresenta seus riscos maternos e fetais. A decisão pelo nascimento via alta deve ser tomada em situações especiais, pelo médico, quando os benefícios do procedimento suplantem os riscos. O ideal seria que para cada cesariana deveria existir sempre uma indicação válida (BURCHELL, 1984).

Em relação às indicações das cesarianas, o Conselho Federal de Medicina (CFM) (1997, p. 18) informa que:

As repercussões da indicação do parto cirúrgico são sérias, pois acarretam quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de morbimortalidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe, maior período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde.

As complicações maternas na cesariana podem variar de eventos menores, como um episódio de febre ou perda maior de volume de sangue, até eventos maiores como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos (VAN HAM; VAN DONGEN; MULDER, 1997).

Outro aspecto é relacionado ao futuro obstétrico da mulher, onde a cesariana tem consequências negativas futuras para a vida reprodutiva. Em relação à interferência direta da cicatriz cirúrgica no porvir obstétrico, sua presença é responsável pela alta prevalência de doenças de grande potencial hemorrágico, como placenta prévia e o acretismo placentário, que podem acarretar óbito materno (SAAS; SOUZA; CAMANO, 1997).

A dor crônica pélvica é um problema de ordem ginecológica que acarreta dores na porção inferior do abdômen, geralmente interferindo nas atividades diárias, relacionamentos e lazer dessas mulheres. Estudo de Almeida et al. (2002) que buscou determinar se a história de cesariana estava associada com a dor pélvica crônica independente da presença de outras causas, detectou que em 67,2% das mulheres estudadas, a dor pélvica era oriunda da cesariana por repetição.

Além dos riscos à saúde das mulheres e do recém-nascido, a cesariana quando realizada de forma desnecessária gera expressivos gastos financeiros, conforme estudo realizado por Shearer (1993, p. 1231) ao relatar que:

“[...] metade das cesarianas nos Estados Unidos eram desnecessárias, resultando em considerável morbi-mortalidade materna evitável e produzindo gasto de cerca de US\$ 1.000.000.000 (1 bilhão de dólares) por ano em consequência destas cirurgias”.

Deve-se considerar que, embora as complicações maternas graves associadas à operação cesariana sejam muito pouco frequentes, quando esse procedimento é realizado centenas de milhares de vezes ao ano observa-se um número expressivo de complicações cirúrgicas graves (VILLAR et al., 2006; SOUZA et al., 2010).

Do ponto de vista neonatal, principalmente pela realização de operações cesarianas desnecessárias em mulheres com idade gestacional ao redor da 37ª semana, o procedimento passa a ser um fator contribuinte para a prematuridade tardia iatrogênica, da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal (SOUZA et al., 2010). Mas, além dos seus efeitos na morbidade e mortalidade materna e neonatal, a operação cesariana pode interferir na vinculação entre a mãe e o bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher, além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança (CONITEC 179, 2016).

Nesse cenário de aumento na taxa de cesarianas, e parte dessas eletivas a pedido da mãe e em idade gestacional abaixo de 39 semanas, o Conselho Federal de Medicina, na intenção de definir critérios para cesariana a pedido da paciente no Brasil, estabelece:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos. Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante. Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Art. 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional (CFM, 2016)

A cesárea é uma intervenção cirúrgica que originalmente foi concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto. Não é uma intervenção isenta de risco, e é preciso se ter muita parcimônia para indicá-la (REZENDE, 2002).

Antes só realizada em mulheres mortas para salvar a vida do feto, a cesariana passou a proporcionar segurança à gestante e a seu filho em situações de maior complexidade. Enquanto a maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser evitada na ausência de indicação médica, outros relatam que melhorias nas técnicas cirúrgicas, medidas de prevenção de infecção e transfusões sanguíneas permitiriam indicar o procedimento também para a satisfação dos anseios da mãe e/ou da família, o que proporcionou um grande impacto na sua indicação e consequentemente na sua prevalência (PATAH, 2011).

Alguns autores apontam que os principais determinantes para desencadeamento das cesáreas ainda precisam ser melhor elucidados e entendidos, mas que é necessário inicialmente identificar quais são as mulheres que tem realizado cesárea, investigar as características apresentadas e assim conseguir propor e implementar medidas que sejam mais eficazes na redução da taxa de cesariana. Para tanto seria importante ter um sistema de classificação que possibilitasse monitorar e comparar as taxas de cesárea, tornando-se assim, padronizado. Que fosse um sistema implantado internacionalmente (ROBSON, 2001; TORLONI et al., 2011)

Dentre as diversas revisões realizadas e instrumentos existentes para entender o aumento desigual dos partos cirúrgicos em todo o mundo, em geral, a classificação de Robson teria melhores condições de cumprir as necessidades locais e internacionais, segundo Torloni et al. (2011) em sua revisão sistemática sobre o parto cesárea.

Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como “Classificação de Robson”) tem sido amplamente utilizada em muitos países. A OMS propõe que a classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo

para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais (OMS, 2015).

A proposta dessa classificação foi realizada originalmente pelo médico Michael Robson (2001), e essa classificação agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, proporcionando assim condições de comparação entre taxas de cesáreas, e possibilitando um maior controle dos fatores de confusão.

As dez categorias propostas por Robson são mutuamente exclusivas, totalmente inclusivas e podem ser aplicadas de forma prospectiva, sendo baseadas em cinco parâmetros: história obstétrica (paridade e cesárea anterior), início do trabalho de parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto), apresentação fetal (cefálica, transversa ou pélvico), número de recém-nascidos e idade gestacional (pré-termo ou termo) (VOGEL et al., 2015).

A partir da composição das respostas dadas a essas variáveis é possível classificar os nascimentos em dez grupos, organizados em grupos epidemiológicos de risco para cesárea de acordo com os critérios propostos por Robson (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição das categorias de nascimento, de acordo com o risco epidemiológico de cesariana, conforme a classificação de Robson

1. Nulípara, gestação única, cefálica, >37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2. Nulípara, gestação única, cefálica, >37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto
3. Multípara (excluindo cesárea prévia), gestação única, cefálica, >37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4. Multípara (excluindo cesárea prévia), gestação única, cefálica, >37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto
5. Com cesárea prévia, gestação única, cefálica, >37 semanas
6. Todos os partos pélvicos em nulíparas
7. Todos os partos pélvicos em multíparas (incluindo cesárea prévia)
8. Todas as gestações múltiplas (incluindo cesárea prévia)
9. Todas as apresentações anormais (incluindo cesárea prévia)
10. Todas as gestações únicas, cefálicas, < 36 semanas (incluindo cesárea prévia)

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

Na tentativa de impactar as taxas de cesarianas apresentadas pelo Brasil e seus diversos estados, algumas iniciativas governamentais foram estruturadas para proporcionar qualificação da atenção ao parto e redução das cesarianas. Entre essas, no período de outubro de 2004 a outubro de 2006, o Ministério da Saúde investiu na realização dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas, tendo atingido cerca de 400 hospitais e quase 2 mil profissionais de saúde e também adequou a Declaração de

Nascido Vivo (DNV) para contemplar todos os itens previstos pela classificação de Robson (BRASIL, 2012).

Segundo os dados apresentados na publicação Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher, a completitude desses novos campos da DNV relacionados à classificação em grupos de Robson, avaliada a partir dos dados preliminares de 2011, demonstra boa aceitação dos mesmos. Apenas a pergunta “Cesárea ocorreu antes do início do trabalho de parto?” teve menor proporção de registros respondidos (87,7%) (BRASIL, 2012).

A divulgação e implementação de um sistema de classificação único de cesárea permitiria auditoria, análise e comparação das taxas de cesárea em diferentes hospitais, cidades, países e regiões, de forma sistemática e organizada, gerando uma compreensão clara de por que, quando, onde, como e em que situações as cesáreas estão sendo realizadas; dessa forma seria então possível propor e implementar estratégias e ações efetivas diretamente aos grupos mais suscetíveis, grupos de alto risco e, portanto, possivelmente, reduzir a taxa de cesárea, a fim de melhorar as condições maternas e os resultados perinatais (OMS, 2015; TORLONI et al., 2011).

1.5 Diretrizes terapêuticas

Existem oito grandes coortes de nascimento em desenvolvimento no Brasil, sendo realizadas em Ribeirão Preto (SP), Pelotas (RS) e São Luís (SL), as mais antigas iniciadas há mais de 30 anos. Estas tem apontado uma tendência de aumento de partos cirúrgicos tanto no serviço público quanto no privado, mas sendo mais prevalentes as intervenções no setor privado, onde os partos eletivos vêm ganhando repercussão (BETTIOL, et al., 2000).

Na tentativa de reduzir estes valores que são mais expressivos na Saúde Suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu novas regras para estimular o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias, estipulados na Resolução Normativa nº 368, que propõe que todas as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Também

serão obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal, e exigir que os obstetras utilizem o partograma (BRASIL, 2015).

Estas medidas são coerentes com a necessidade de ações mais efetivas para a redução da realização de cesarianas desnecessárias, já que é fator de risco, conforme já mencionado, para a prematuridade, o baixo peso ao nascer e as mortalidades neonatal e materna (FAÚNDES, 1991).

Diante do uso excessivo de operações cesarianas desnecessárias no contexto nacional, tornou-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende. A resolução normativa 368, publicada na D.O.U. de 07/01/2015 dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos vaginais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médicos e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar, na tentativa de repercutir nessas taxas que são mais impactantes na saúde suplementar (RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº - 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015).

Na tentativa de melhorar o cenário dos partos cirúrgicos no país por meio da precisão da indicação, o Ministério da Saúde publicou em 2016 o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana, que visa trazer parâmetros e recomendações a serem seguidos pelas diversas instâncias de decisão do país (Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios), atualizando as diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana vigente (PORTARIA No - 210, DE 10 DE MARÇO DE 2015). Estas recomendações pautam-se em recomendações internacionais e vivências nacionais, e tem a expectativa que subsidiarem o julgamento clínico dos diversos profissionais de saúde e garantir a ciência da gestante ou de seu responsável dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana (PORTARIA No 306, DE 28 DE MARÇO DE 2016).

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são

Documentos que têm como objetivo garantir o melhor cuidado de saúde no SUS, incluindo recomendações de condutas,

medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas de um agravo à saúde ou de uma determinada condição (CONITEC 179, 2016).

Para aplicação ao contexto do país, essas diretrizes se pautaram em duas diretrizes que foram selecionadas e adaptadas: a “*Caesarean Section*”, elaboradas pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence/United Kingdom Department of Health*, publicadas em 2011 e atualizadas em 2013) e as diretrizes de assistência ao parto para mulheres com operações cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras (CNGOF) (publicadas em 2013, NICE) ambas revisões sistemáticas que incluem estudos de evidência moderada a baixa (CONITEC 179, 2016).

A resolução CFM nº 2.144/2016 também surge no intuito de fortalecer as diretrizes e subsidiar as ações relacionadas à cesárea eletiva, visto que aponta que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal, desde que ela tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, que a segurança do feto seja garantida com cesáreas eletivas sendo realizadas somente a partir da 39ª semana de gestação. (CFM, 2016).

Outro ponto importante é a readequação da referência de taxa de partos cirúrgicos considerando a diversidade e características do país. Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (WHO, 2015).

Entretanto, em que pese o fato de que taxas tão baixas quanto 9% a 16% sejam possíveis e seguras em determinadas populações, o mesmo pode não ser verdadeiro em populações com características diferentes. Deve-se salientar que diversos fatores podem influenciar a taxa de operações cesarianas, fazendo com que taxas mais baixas possam não ser factíveis em um prazo curto. Alguns desses fatores são individuais (por exemplo, as características demográficas, clínicas e obstétricas das mulheres), outros são de ordem estrutural ou sistêmica (por exemplo, o modelo de atenção obstétrica) e há aqueles possivelmente mais subjetivos, como as preferências dos profissionais da saúde e das mulheres. Considerando que as características individuais das mulheres e da gestação podem

influenciar de maneira independente a taxa de operação cesariana (por exemplo, paridade, operação cesariana prévia, apresentação fetal e modo de início do trabalho de parto, entre outras características), a OMS desenvolveu uma ferramenta para gerar uma referência adaptada às características da população obstétrica (SOUZA et al., 2015; CONITEC 179, 2016).

Essa ferramenta foi desenvolvida e validada com mais de 10 milhões de nascimentos em 43 países (incluindo o Brasil). A aplicação desse modelo aos dados da Pesquisa Nascido no Brasil (CECATTI, 2014; CONITEC 179, 2016) possibilita a identificação de uma taxa que poderia ser considerada como de referência para a população brasileira, situando-se entre 25% e 30%.

Mas um ponto importante a ser levantado é que, como o perfil demográfico, obstétrico e de complicações dos serviços de saúde não é homogêneo e pode apresentar variabilidade, é mais importante assegurar que as mulheres que realmente necessitem da operação cesariana recebam este procedimento de maneira segura e oportuna do que buscar uma taxa específica de operações cesarianas, ou seja, entender o processo dessa transição de via de parto pode ser tão importante quanto tentar alcançar uma taxa específica, desconsiderando as especificidades da população e justificativas dos valores. Por isso, as Diretrizes existentes e norteadoras devem oferecer aos profissionais da saúde e às mulheres brasileiras orientações e recomendações baseadas em evidências científicas sobre importantes questões relacionadas à operação cesariana (CONITEC 179, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Ao longo das últimas três décadas surgiram mais informações sobre os benefícios e riscos da cesárea, houve melhora importante nos cuidados obstétricos e também ocorreram avanços nos métodos para avaliar evidências e para formular recomendações, apensar de ainda ter-se um caminho árduo a ser percorrido para melhor entendimento desse cenário e construir medidas mais efetivas de controle do parto cesáreo.

As recomendações sobre as taxas ideais de cesáreas já vem sendo revisadas, proporcionando assim, entender melhor o impacto da taxa de cesariana em cada contexto, como no Brasil, por exemplo.

Sendo assim, para se traçar um panorama sobre a situação atual dos partos realizados e consequentemente atualizar políticas de saúde relacionadas à saúde da mulher, produzir capacitação dos profissionais de saúde e entender o motivo da tendência de aumento dos partos cesáreos, é preciso identificar fatores relevantes como os socioeconômicos, demográficos, condições de nascimento e condutas profissionais, dentre outros, para se pensar em alcançar patamares desejáveis de saúde para a população brasileira.

Como constatado pela OMS (2015), a situação atual aponta a necessidade de ações mais efetivas, não só para a redução de cesarianas desnecessárias, já que é fator de risco para vários problemas como prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidades neonatal e materna, como também para de traçar o perfil das mulheres que estão realizando cesárea e qual o posicionamentos dos profissionais responsáveis por seu parto quanto a esse procedimento cirúrgico (OMS, 2015).

Este estudo então se justifica visto que agregará informações relevantes e pertinentes para melhor entendimento das características que tem influenciado o aumento de partos cirúrgicos, e o quão o parto eletivo influencia essa situação, investigando assim fatores envolvidos no aumento constante nas taxas de cesáreas.

Conforme já mencionado, em 1978/79 e 1994 foram realizados estudos de coortes de nascimentos em Ribeirão Preto, SP, tendo como um dos principais objetivos estimar as taxas de baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo, mortalidade infantil e fatores associados a essas condições. Ficou evidente que as taxas de baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo apresentaram aumento

significativo nesse intervalo de 15 anos, e esse aumento foi atribuído principalmente às práticas iatrogênicas relacionadas à cesariana sem indicação médica expressa (SILVA et al., 1998; BETTIOL et al., 2000).

Em janeiro de 2010 foi realizado um novo estudo de coorte de nascimentos no município, cujo objetivo principal foi avaliar novos fatores de risco para nascimento pré-termo (hipóteses neuroendócrina, imuno-inflamatória e de intervenção médica), avaliar os indicadores de saúde perinatal e seu impacto sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Essa coorte está permitindo a construção de bancos de dados abrangentes, ricos em informações sobre a saúde de mães e bebês, inclusive sobre características maternas, da atenção médica à gestação e ao parto que repercutem sobre a escolha da via de parto. Dessa forma é possível comparar as taxas de cesariana apresentadas pela coorte de 2010 com os valores já publicados de períodos anteriores, assim como características que se repetem ou modificaram. Assim como discutir motivações para o parto vaginal e cirúrgico, definindo causas maternas, fetais e sem indicação médica para o procedimento realizado.

Emergem assim alguns problemas de pesquisa importantes como: quais mudanças ocorreram nos principais fatores desencadeadores da cesariana no decorrer do tempo que geraram um ambiente favorável para o aumento dos partos cirúrgicos e a existência de uma “epidemia” de cesarianas? Qual o impacto da cesárea eletiva nesse cenário? Ciente que, em termos populacionais, a proporção de partos cesáreos reflete o nível de acesso a essa intervenção e seu uso pelo profissional médico, qual o impacto da conduta médica no parto cesáreo?

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever a taxa de cesarianas em uma coorte de nascimentos e investigar a associação entre as características socioeconômicas e demográficas das mulheres, do pré-natal e do parto com o tipo de parto no município de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2010.

3.2 Objetivos Específicos

Avaliar a associação independente de variáveis socioeconômicas e demográficas maternas, características da assistência à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico).

Avaliar a associação independente de variáveis socioeconômicas e demográficas maternas, características da assistência à gestação e parto e características do parto com a causa da cesariana, classificada como terapêutica (causa materna ou fetal) e eletiva (sem causa médica expressa), em comparação ao parto vaginal.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Estudo descritivo e analítico de uma coorte de nascimentos do município de Ribeirão Preto, São Paulo, em 2010, no projeto de pesquisa temático denominado “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - projeto BRISA” (acrônimo de *Brazilian Birth Cohort Studies*, Ribeirão Preto and São Luis, Brazil), financiado pela FAPESP (proc. 2008/53593-0).

4.2 Cenário e Local

Ribeirão Preto é um município localizado na região Nordeste do estado de São Paulo, Sudeste do Brasil. Apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,8 em 2010, ocupando o sexto lugar no estado de São Paulo e o 22º lugar no Brasil. Apresenta território de 650,916 Km², sendo 127,309 km² no perímetro urbano, e abrigava população estimada em 2010 de 604.682 habitantes, com taxa de urbanização de 99,7% e densidade demográfica de 928,97 hab/Km (IBGE,2015). Sua região é rica e industrializada. Sua principal atividade econômica é a agroindústria da cana-de-açúcar, além de comércio e serviços. Constitui-se, ainda, em um centro universitário regional por excelência.

4.3. Coorte de Nascimentos de 2010

Esse estudo consiste de dois grandes subprojetos desenvolvidos em Ribeirão Preto, SP, e São Luís, MA, iniciados em 2010. Os dois locais já tem tradição em estudos conjuntos de coortes de nascimentos, sendo que várias comparações foram

feitas entre os dados da coorte de Ribeirão Preto de 1994 e a da São Luís, de 1997/98, onde os dados foram coletados de forma semelhante. O primeiro subprojeto do projeto BRISA visa avaliar novos fatores de risco para nascimento pré-termo como componentes de duas cadeias de causalidade: as hipóteses neuroendócrina e imuno-inflamatória. Na primeira cadeia de causalidade é avaliado se o estresse durante a gestação favoreceria a liberação do CRH (hormônio liberador de corticotropina) e indução do parto prematuro, potencializado por polimorfismos do gene do CRH. Na segunda hipótese, se infecções maternas seriam potencializadas por susceptibilidade genética, promovendo a liberação de mediadores inflamatórios, levando ao nascimento pré-termo. Estas hipóteses foram testadas em estudo caso-controle aninhado em uma coorte iniciada no 5º mês do pré-natal (22 a 25 semanas de idade gestacional), em amostra de conveniência, abrangendo 2864 gestações únicas em duas cidades, sendo 1447 em São Luís, MA (SL) e 1417 em Ribeirão Preto, SP (RP). Esta coorte foi reentrevistada por ocasião do nascimento e foi reavaliada no segundo ano de vida.

O segundo subprojeto, onde este estudo em questão está inserido, avalia indicadores de saúde perinatal, entre eles a via de parto para o nascimento, e seu reflexo nas taxas de nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer, comparando-os com dados de coortes estudadas nos últimos trinta anos nos dois municípios. No segundo ano de vida foi também avaliado o impacto do nascimento pré-termo e outras condições no nascimento sobre crescimento, desenvolvimento de resistência insulínica, alterações neurológicas e comportamentais, alergia e chiado e alterações da saúde bucal.

Na primeira etapa os dados foram coletados no nascimento, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010 nas duas cidades, abrangendo amostra representativa de 5475 nascimentos em SL e 7747 em RP.

No presente estudo foram utilizados dados referentes à coorte de nascimento exclusivamente do município de Ribeirão Preto

A coorte de base populacional para Ribeirão Preto foi formada ao longo do ano de 2010, incluindo todos os nascimentos de mães residentes em Ribeirão Preto, em oito hospitais públicos, privados ou particulares e maternidades.

Todos os dias durante um ano, de janeiro a dezembro de 2010, todas as maternidades de Ribeirão Preto, exceto aquelas onde ocorreram menos de 100

partos por ano, foram visitadas pelos pesquisadores, e realizado entrevista com as puérperas. Todos os nascimentos vivos ou mortos foram catalogados.

Caso a mãe recebesse alta hospitalar antes da entrevista, esta foi entrevistada no domicílio.

As oito maternidade em Ribeirão Preto que foram campo de coleta foram: Hospital e Maternidade Ribeirânea; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP); Hospital São Lucas; Hospital Santa Casa; Hospital Materno Infantil Mater; Hospital Sinhá Junqueira e Hospital São Paulo.

Cada filho gêmeo teve um questionário preenchido, e os dados foram anotados por escrito ou marcados com um "x" e ao final foram codificados pelo entrevistador em quadrados à direita. Um único número identificador foi criado para cada recém-nascido, que foi constituído do primeiro dígito correspondendo ao hospital de nascimento; o segundo, à ordem de nascimento do parto; e os quatros últimos foram gerados sequencialmente para cada nascimento.

No momento do estudo, 98% de todos os nascimentos ocorreram em hospitais, sendo incluídos nascidos vivos de parto único e gemelares, natimortos e as crianças pertencentes à coorte do pré-natal que nasceram durante o ano de 2010.

4.4 Participantes da pesquisa

No ano de 2010 ocorreram 7.747 nascimentos hospitalares em Ribeirão Preto, de 7702 puérperas residentes no município, que foram as entrevistadas que geraram o resultado deste estudo.

Das 7702 puérperas, 42 deram à luz a natimortos, e 92 tiveram parto múltiplos (89 gemelares e 3 trigemelares). Excluindo as puérperas que deram à luz a natimortos e as de partos múltiplos, a população deste estudo foi de 7568 puérperas, mães de nascidos vivos em parto único (Figura 2).

Dos 7568 partos únicos, 3150 foram vaginais e 4418 cirúrgicos, sendo que os partos cirúrgicos foram classificados segundo sua indicação como sendo de causa

fetal (n=1147), materna (n=1389), eletiva (n=1818) e outras causas (n=8). Em 56 casos a mulher não informou o motivo da cesárea.

Figura 2 – População do estudo

4.5 Coleta de dados e Instrumento de coleta

Os indivíduos foram avaliados por meio de entrevistas, utilizando-se questionários padronizados especialmente desenvolvidos para o estudo. Todos os partos hospitalares das oito maternidades do município, de mulheres residentes no município ocorridos entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010 foram incluídos. Para as entrevistas, utilizaram-se dois questionários um com dados da mãe e outro do filho (THOMAZ et al., 2015).

4.5.1 Instrumentos de coleta

Dos questionários utilizados pela Coorte, este estudo utilizou dados constantes em dois instrumentos de coleta aplicados no nascimento: Questionário do Nascimento – mãe (Anexo A) e o Questionário do Nascimento – RN (Anexo B).

O questionário do nascimento – mãe - é dividido nos seguintes blocos:

Bloco A – Dados de identificação

Bloco B – Dados de contato

Bloco C – Dados socioeconômicos e demográficos

Bloco D – Hábitos de vida

Bloco E – Dados do companheiro

Bloco F – Dados da saúde sexual e reprodutiva

Bloco G – Morbidades

Bloco H – Características da gestação atual e do pré-natal

Bloco I - Características do parto e do nascimento

Bloco J – Exposição ao citomegalovírus (CMV)

Bloco K – Dados do prontuário

O questionário do nascimento – RN - é dividido nos seguintes blocos:

Bloco A – dados de identificação

Bloco B – dados do prontuário

4.5.2 Variáveis do estudo

Para este estudo foram utilizadas as seguintes variáveis (para todas foi estabelecida ainda a categoria “ignorada”):

- **Tipo de parto:** registrada como normal, cesárea, fórceps, vácuo extração e categorizada como parto vaginal e parto cirúrgico, sendo os casos de fórceps e vácuo extração incorporados na via de parto vaginal.

- **Escolaridade materna:** registrada em anos completos de estudo nas categorias: 0-4 anos, 5-8 anos, 9-11 anos e ≥ 12 anos de estudo.
- **Idade gestacional (IG),** em semanas completas, calculada a partir de várias fontes: informação fornecida pela mãe da data da última menstruação (quando sabia o mês, mas o dia era ignorado, foi atribuído o dia 15 para efeito do cálculo); informação do exame mais precoce de ultrassonografia gestacional (USG) realizado pela gestante e anotado no prontuário hospitalar ou na carteira do pré-natal; quando as informações dessas fontes não estavam disponíveis no prontuário, anotava-se a observação pelo exame de Capurro ou Ballard, se realizado. Inicialmente foi calculado o erro de 7% para a primeira USG. Este erro foi acrescido para mais e para menos à idade gestacional calculada por esta USG. Comparou-se, então, esse valor com a IG obtida a partir da data da última menstruação (DUM). Se a DUM estivesse dentro da margem de erro da USG, a idade gestacional a partir da DUM foi considerada a IG correta. Caso esta IG estivesse fora da margem de erro da USG, a IG calculada a partir da USG foi assumida como a IG correta. Casos que não dispunham destes dados ou quando os resultados eram implausíveis (por exemplo, $IG < 20$ semanas ou > 44 semanas, ou IG incompatível com o peso de nascimento da criança) foi realizada a imputação com base no peso de nascimento, sexo, paridade e renda familiar *per capita* (Rubin DB 1987 Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys. John Wiley & Sons, New York, pp 15–26).
- **Idade materna:** registrada em anos completos nas categorias: < 20 anos, 20-34 anos, ≥ 35 anos de idade.
- **Situação conjugal:** registrada a situação conjugal: casada, união consensual, solteira, separada/desquitada/divorciada, viúva, e categorizada em: com companheiro e sem companheiro.
- **Cor da pele:** registrada a cor auto referida segundo recomendação do IBGE: branca, preta/negra, parda/mulata/cabocla/morena, amarelo/oriental, indígena, sendo categorizada em branca e não branca.
- **Classe econômica com base na Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP):** que leva em conta a quantidade de itens que a família possui: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete/DVD (*Digital*

Video Disc), geladeira, freezer, e a escolaridade do chefe da família. Para cada item são atribuídos pontos que vão definir os escores que categorizam as classes econômicas em A (mais favorecida), B, C, D e E (menos favorecida) (ABEP, 2008).

- **Gravidez planejada:** sim ou não.
- **Paridade:** registrada em quantidade de partos, incluindo o atual, nas categorias 1 parto, 2 a 4 partos e 5 partos ou mais.
- **Partos cesáreas:** registrada a quantidade de partos cesáreas, incluindo o atual caso tenha sido cesárea, nas categorias: 0 (nenhum), 1 parto cesárea, 2 partos cesáreas, 3 partos cesáreas e ≥ 4 partos cesáreas.
- **Hipertensão arterial gestacional:** referida e registrada se sim ou não.
- **Diabetes gestacional:** referida e registrada se sim ou não.
- **Categoria de assistência ao parto:** registrada a categoria SUS, plano de saúde/seguro saúde, particular, não sabe, e categorizado em: público e privado.
- **Categoria de assistência ao pré-natal:** registrada a categoria SUS, plano de saúde/seguro saúde, particular, e categorizado em: público e privado.
- **Número de consultas de pré-natal:** registrada a quantidade de consultas realizadas no 1º, 2º e 3º trimestre gestacional e categorizado em: não fez, de 1 a 3 consultas, de 4 a 5 consultas e 6 consultas ou mais.
- **Mesmo médico do pré-natal e parto:** registrados se sim ou não.
- **Hora do parto:** registrada a hora e minutos em que ocorreu o parto, categorizado em período das 00:00h às 05:59h, 06:00h às 11:59h, 12:00h às 17:59h e 18:00h às 23:59h.
- **Dia da semana:** registrada a data de nascimento, e categorizado em Domingo, Segunda-feira, Terça-feira, Quarta-feira, Quinta-feira, Sexta-feira e Sábado.
- **Internação em trabalho de parto:** registrada se sim ou não. Essa informação era obtida a partir da informação da mulher se havia sido internada antes ou depois de começar a sentir as dores das contrações uterinas do trabalho de parto.
- **Tempo decorrido entre a internação e o parto:** registrada a quantidade de horas decorridas entre a internação e o parto, categorizada em 0 a 2 horas, 3 a 5 horas, 6 a 11 horas e 12 ou mais horas.
- **Apresentação do polo fetal:** registrada como cefálico, pélvico, transverso-

- **Indução do parto:** sim ou não. Essa informação era obtida a partir da informação da mulher se havia recebido soro ou medicação para estimular o início ou acelerar o trabalho de parto.
- **Causa da cesárea:** foi definida com base em informações prestadas pela mãe em resposta à questão “Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?”, sendo registradas as seguintes possibilidades: 1. Sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu / ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe); 2. Desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande); 3. Distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada); 4. Hemorragia materna (teve sangramento); 5. Parada de progressão (parou trabalho de parto/ pararam as dores); 6. Eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta); 7. Pós-maturidade (passou do tempo); 8. Morte fetal (o bebê morreu); 9. Diabetes materna (açúcar no sangue); 10. Cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes); 11. Laqueadura (para ligar trompas); 12. Mãe pediu (cesárea porque a mãe queria); 13. Médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea); 14. Cesárea programada (médico marcou durante gravidez); 15. Cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal); 16. Outro; 88. Não se aplica; 99. Não sabe

As respostas foram utilizadas para definir as categorias de cesárea terapêutica (com indicação médica) de causa fetal e causa materna, e cesárea eletiva (sem indicação médica expressa), de acordo com a categorização utilizada por Barros et al. (2011) (Quadro 2):

Quadro 2: Causas de cesárea

Causa terapêutica (com indicação médica)		Causa Eletiva (sem indicação médica)	Outras Causas
Causa Fetal	Causa Materna		
Sofrimento Fetal Desproporção Fetal Distócia de apresentação Pós-Maturidade Outras Causas Fetais	Hemorragia Materna Parada da progressão Eclampsia e pré-eclâmpsia Diabetes Materna Outras Causas Maternas	Cesárea Anterior Laqueadura Mãe Pediu Médico quis Cesárea Programada Cirurgias Ginecológicas Anteriores	Causas que não se enquadrassem em nenhuma das anteriores

Fonte: própria

Casos que tinham a princípio sido classificados como “outras causas”, foram revistos e reclassificados conforme a indicação descrita e proximidade com as categorias de classificação (Apêndice A).

4.6 Princípios éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (proc. Nº. 4116/2008). Foi obtida permissão de todos os diretores clínicos das maternidades do município para que a equipe de campo frequentasse os hospitais para recrutamento das participantes. As puérperas foram convidadas a participar da pesquisa e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para a entrevistada e sua família em qualquer etapa da pesquisa.

4.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências e porcentagens), sendo as proporções comparadas pelo teste do qui-quadrado, primeiro para as associações das características de interesse com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico), e depois para as mesmas características associadas à causa de cesárea (terapêutica e eletiva) e parto vaginal.

Foi realizada análise bivariada da associação das variáveis de estudo com o tipo de parto, calculando-se a estimativa não ajustada das razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Análise de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância foi realizada para identificar os fatores associados com o tipo de parto para se atenuar a possível subestimação do erro padrão, uma vez que a variável dependente era binária e com prevalência maior de 10%. Dessa forma, as variáveis que se mostraram significativamente associadas no modelo não ajustado foram incluídas em modelo de regressão de Poisson múltipla. O nível de significância foi fixado em 0,05.

Para se testar a associação das variáveis de interesse com a classificação das causas de cesárea (terapêutica e eletiva) e parto vaginal foi realizada análise de regressão logística multinomial, inicialmente não ajustada, tendo como base de

comparação as mulheres que tiveram parto vaginal, sendo estimados os valores de *Odds Ratio* (OR) e do IC95%: para cada variável independente. A seguir foi realizada análise de regressão logística multinomial ajustada, sendo que as variáveis que se mostraram significativamente associadas no modelo não ajustado foram incluídas no ajuste. O nível de significância foi fixado em 0,05.

Nas análises ajustadas foram consideradas as seguintes variáveis independentes: idade gestacional, escolaridade materna, idade materna, situação conjugal, cor da pele referida pela mãe, classe econômica, categoria de atenção ao pré-natal, categoria de atenção ao parto, dia da semana em que ocorreu o parto, hora do parto, mesmo médico que fez pré-natal e parto, internação em trabalho de parto, tempo decorrido entre internação e parto, gravidez planejada e paridade. Algumas variáveis descritas anteriormente não foram incluídas, tais como apresentação do polo fetal, cesáreas anteriores, tipo de parto anterior, presença de diabetes e hipertensão gestacional, por terem sido incluídas nos critérios de definição de causa de cesárea.

Os procedimentos estatísticos foram realizados no programa *STATA*®, versão 12.0, ferramenta estatística desenvolvida por *Stata Corporation* (STATA, 2006) e no programa *SPSS*® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Foram estudadas variáveis relacionadas às características maternas, à assistência médica à gestação e parto e características do parto (Figura 3).

Figura 3 – Variáveis do estudo

5.1 Descrição das variáveis por tipo de parto vaginal e cirúrgico

A tabela 1 mostra a distribuição das características maternas segundo o tipo de parto. Foi mais prevalente o parto cirúrgico, totalizando 58,4% (n=4418) dos partos realizados em Ribeirão Preto em 2010, comparado com 41,6% (n=3150) partos vaginais.

A maioria das mulheres entrevistadas destinou de 9 a 11 anos para os estudos (51,2%, n=3856) e se auto referiu como brancas (59,2%, n=4435). Aproximadamente três quartos (74,6%, n=5645) tinham idade entre 20 a 34 anos e 86,4% (n=6530) tinham companheiro.

Quanto ao estrato social, segundo a Classificação Econômica Brasileira, 46,3% (n=3272) estavam no estrato A e B, próximo ao estrato C (43,7%, n=3089), sendo que apenas 10,0% (n=707) pertenciam ao estrato D/E. A gravidez não foi planejada para a maioria das mulheres (53,7%, n=4043). Praticamente metade das mulheres era primípara (49,8%, n=3755); 42,4% tinham ao menos um parto cesáreo anterior (n=3196). A proporção de doenças gestacionais como hipertensão e diabetes foi de apenas 6,1% (n=457) relacionada a diabetes gestacional e 12,5% (n=938) na hipertensão gestacional (Tabela 1).

Quando se compara as características referidas acima entre as entrevistadas que realizaram parto cirúrgico e as que realizaram parto vaginal, verifica-se que o parto cirúrgico foi mais frequente entre brancas (68,0%, n=3016), com mais anos de estudo (85,1% das que tem 12 ou mais anos de estudo e 36,0% entre as de 0 a 4 anos), com menos de 20 anos de idade (75,9%, n=719, comparado com 36%, n=351, entre as de 35 anos ou mais), com companheiro (60,9%, n=3976), e pertencentes aos estratos A e B da classificação econômica (78,8%, n=2578) (Tabela 1).

Parto cirúrgico foi mais frequente entre as mulheres que planejaram a gravidez (67,8%, n=2360), eram primíparas (64,8%, n=2432) e tinham cesáreas anteriores, chegando a 99% entre as que tinham 2 ou mais partos cirúrgicos anteriores (Tabela 1).

O parto vaginal foi mais prevalente nas não brancas, 55% (n=1682), com menos anos de estudo (64% das que tem até 4 anos de estudo e 14,9% nas de 12 anos ou mais), que tinham mais de 35 anos (64%, n=624, comparado com 24,1%,

n=228, entre as de menos de 20 anos), sem companheiro (57,6%, n=592) e pertencentes aos estratos menos favorecidos, D e E (67,8%, n=479). Também foi mais frequente entre as mulheres que não planejaram a gravidez (49,8%, n=2012), eram múltiparas (46,3%, n=1647 das que tiveram entre 2 e 4 partos e 75,4%, n=175, das que tiveram 5 partos ou mais) e 99,6% (n=2746) não tinham nenhuma cesárea anterior. Todas essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p<0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características maternas segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, 2010

Variáveis de estudo	Tipo de parto					
	Vaginal (n=3150)		Cirúrgico (n=4418)		Total (n=7568)*	
	N	%	n	%	n	%
Escolaridade (anos)						
≥ 12	256	14,9	1464	85,1	1720	22,8
9 – 11	1632	42,3	2224	57,7	3856	51,2
5 – 8	1038	63,5	596	36,5	1634	21,7
0 - 4	208	64,0	117	36,0	325	4,3
Idade materna (anos completos)						
20 - 34	2298	40,7	3347	59,3	5645	74,6
< 20	228	24,1	719	75,9	947	12,5
≥ 35	624	64,0	351	36,0	975	12,9
Situação conjugal						
Com companheiro	2554	39,1	3976	60,9	6530	86,4
Sem companheiro	592	57,6	435	42,4	1027	13,6
Cor da pele						
Branca	1419	32,0	3016	68,0	4435	59,2
Não branca	1682	55,0	1376	45,0	3058	40,8
Classe Econômica						
A/B	694	21,2	2578	78,8	3272	46,3
C	1705	55,2	1384	44,8	3089	43,7
D/E	479	67,8	228	32,3	707	10,0
Gravidez planejada						
Sim	1122	32,2	2360	67,8	3482	46,3
Não	2012	49,8	2031	50,2	4043	53,7
Paridade						
1	1324	35,2	2436	64,8	3760	49,8
2 - 4	1646	46,2	1918	53,8	3564	47,2
≥ 5	175	75,8	56	24,2	231	3,1
Cesáreas anteriores						
0	2799	100	0	0	2799	37,0
1	342	10,9	2814	89,2	3156	41,8
2	2	0,1	1207	99,8	1209	16,0
3	2	0,1	319	99,4	321	4,3
4 ou mais	0	0	70	100	70	0,9
Hipertensão gestacional						
Não	2853	43,3	3739	56,7	6592	87,5
Sim	276	29,4	662	70,6	938	12,5
Diabetes gestacional						
Não	2970	42,0	4101	58,0	7071	93,9
Sim	156	34,1	301	65,9	457	6,1

*Totais para as características podem variar por causa de valores ignorados.

Relacionando a quantidade de partos cirúrgicos realizados pela puérpera, incluindo o parto atual, 37% (n=2799) nunca realizaram parto cirúrgico. Das mulheres que tiveram de 1 a 3 partos cirúrgicos em sua história obstétrica, 92,6% (n=4340) realizaram parto cirúrgico, e apenas 7,4% (n=346) parto vaginal no desfecho atual. Quando feita a mesma avaliação em mulheres que tinham 4 ou mais partos cirúrgicos, todas (n=70) tiveram como desfecho atual parto cirúrgico (Tabela 1).

Cabem algumas considerações sobre a distribuição de partos vaginais e cirúrgicos com base na paridade e na assistência prestada durante a gestação e o parto. Conforme já mencionado, quase metade das entrevistadas eram primíparas (49,8%) e a maioria iniciou sua vida reprodutiva por meio de um parto cirúrgico (64,8%). Mais da metade dos partos cirúrgicos realizados foram em primíparas (55,3%). As multíparas representam a outra metade da população de estudo, 50,2% (n=3795), e quase metade delas, 44,8% (n=1974) realizaram parto cirúrgico no parto atual (Tabela 1).

Tanto o parto cirúrgico quanto o parto vaginal sofreram modificações com a paridade. Quanto maior a paridade das puérperas, maior o percentual daquelas que realizaram parto vaginal no parto anterior, demonstrando que 79,1% (n=1579) das entrevistadas que realizaram parto vaginal na gestação anterior, também realizaram o mesmo tipo de parto no desfecho atual. Das que tiveram como experiência anterior o parto vaginal e já realizaram de 2 a 4 partos ou mais de 5 partos, tem-se respectivamente, 78,3% (n=1414) e 87,3% (n=165) realizando parto vaginal atual (Tabela 2).

Entre aquelas entrevistadas que na gestação atual tiveram partos cirúrgicos e na gestação anterior também, à medida que aumenta a paridade, reduz-se o percentual de parto cirúrgico como desfecho do parto atual. Das que tiveram como experiência anterior o parto cirúrgico e tem paridade de 2 a 4 partos, 86,8% (n=1525) realizaram parto cirúrgico no parto atual, e 76,2% (n=32) quando a paridade foi de 5 ou mais partos. Sendo assim, quando avaliado o parto anterior, 86,5% (n=1557) das puérperas que tiveram o parto anterior cirúrgico, realizaram cesárea como desfecho atual (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição do tipo de parto vaginal e cirúrgico por paridade e tipo de parto anterior. Ribeirão Preto, 2010.

Paridade / tipo de parto anterior	Tipo de parto				Total*
	Vaginal		Cirúrgico		
	n	%	n	%	
1 parto					
1º filho	1324	35,2	2436	64,8	3760
Total	1324	35,2	2436	64,8	
2 a 4 partos					
Vaginal	1414	78,3	393	21,7	1807
Cirúrgico	232	13,2	1525	86,8	1757
Total	1646	46,2	1918	53,8	3564
5 ou mais partos					
Vaginal	165	87,3	24	12,7	189
Cirúrgico	10	23,8	32	76,2	42
Total	175	75,8	56	24,2	231
Total					
Vaginal	1579	79,1	417	20,9	1996
Cirúrgico	242	13,5	1557	86,5	1799
Primeiro filho	1324	35,2	2436	64,8	3760
Total	3145	41,6	4410	58,4	7555

* Totais para as características podem variar por causa de valores ignorados.

A tabela 3 mostra a distribuição das características da assistência à gestação e parto segundo o tipo de parto. A assistência pública predominou tanto na atenção ao pré-natal (55,2%, n=4106) como na atenção ao parto (55,8%, n=4214). A grande maioria das mulheres realizou seis ou mais consultas no pré-natal (89,8%, n= 6255) e apenas 1,4% das gestantes (n=95) não realizaram pré-natal (Tabela 3).

O mesmo médico realizou o atendimento durante o pré-natal e o parto em 43,3% dos casos (n=3263). Observa-se grande contraste em relação a essas características na proporção de partos vaginais e cirúrgicos. Entre as mães que realizaram o pré-natal no sistema privado, a proporção de cesáreas foi de 89,6% (n=2987), comparado com 34,1% no sistema público (n=1400). Valores semelhantes foram observados quando se compara a assistência ao parto: 90,8% de cesáreas (n=3035) no sistema privado e 32,7% (n=1377) no público. Quando o mesmo médico realizou o pré-natal e o parto a proporção de cesáreas foi de 90,4% (n=2948), enquanto essa frequência foi de 34,0% (n=1455) quando eram profissionais diferentes. Todas essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p<0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das características da assistência à gestação e parto segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, 2010.

segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, 2016.							
Variáveis de estudo	Tipo de parto						p
	Vaginal (n=3150)		Cirúrgico (n=4418)		Total (n=7568)*		
	n	%	n	%	n	%	
Categoria de assistência ao pré-natal							
Público	2706	65,9	1400	34,1	4106	55,2	p<0,001
Privado	348	10,4	2987	89,6	3335	44,8	
Categoria de assistência ao parto							
Público	2837	67,3	1377	32,7	4214	55,8	p<0,001
Privado	306	9,2	3035	90,8	3341	44,2	
Número de consultas de pré-natal							
≥ 6	2398	38,3	3857	61,7	6255	89,8	p<0,001
4 - 5	319	66,0	164	34,0	483	6,9	
1 - 3	83	62,9	49	37,1	132	1,9	
Não fez	80	84,2	15	15,8	95	1,4	
Mesmo médico do pré-natal e parto							
Sim	315	9,7	2948	90,4	3263	43,3	p<0,001
Não	2820	66,0	1455	34,0	4275	56,7	

*Totais para as características podem variar por causa de valores ignorados.

Dos casos em que o pré-natal e o parto foram realizados no setor público, apenas 2,4% (n=98) tiveram o mesmo médico e se o pré-natal foi realizado no setor privado, mas o parto no público, esse valor subiu para 10,4% (n=10) (Tabela 4).

Já avaliando o setor privado, dos 3327 casos em que o parto e o Pré-natal foram realizados nesse setor, 95,5%(n=3090) tiveram o mesmo médico, e aqueles em que o pré-Natal foi realizado no setor público e o parto no setor privado, 67% (n=61) tiveram o mesmo médico (Tabela 4 e Figura 4).

Tabela 4 – Distribuição de categoria de atenção ao pré-natal e parto segundo atendimento médico. Ribeirão Preto, 2010

Categoria do parto	Mesmo médico				Total*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Público					
Pré-Natal Público	98	2,4	3912	97,6	4010
Pré-Natal Privado	10	10,4	86	89,6	96
Total	108	2,6	3998	97,4	4106
Privado					
Pré-Natal Público	61	67,0	30	33,0	91
Pré-Natal Privado	3090	95,5	146	4,5	3236
Total	3151	94,7	176	5,3	3327
Total					
Pré-Natal Público	159	3,9	3942	96,1	4101
Pré-Natal Privado	3100	93,0	232	7,0	3332
Total	3259	43,8	4174	56,2	7433

* Totais para as características podem variar por causa de valores ignorados.

Figura 4 – Proporção de mesmo médico do pré-natal, segundo categoria pública e privada do pré-natal e parto. Ribeirão Preto, 2010.

A presença do mesmo médico que realizou pré-natal e parto foi possível em apenas em 43,8% (n=3259) dos casos. Mas quando se avalia essa variável considerando a categoria de assistência ao pré-natal e parto, verifica-se que 4013 mulheres realizaram pré-natal e parto no setor público, enquanto no 3238 realizaram pré-natal e parto na mesma categoria de assistência. Foram 96 mulheres que realizaram o pré-natal no SUS e o parto no setor privado, e dessas, 62,5% (n=60) tiveram parto vaginal e 37,5% (n=36) parto cirúrgico; porém, quando avaliado se foi o mesmo médico no pré-natal e parto observa-se que apenas 10 partos foram realizados pelo mesmo médico, mas 70% destas (n=7) tiveram parto cirúrgico. Dos 91 casos em que o pré-natal foi realizado no setor privado e o parto no SUS, 84,6 % (n=77) foram cirúrgicos e 15,4% (n=14) vaginais. Quando avaliado se foi o mesmo médico do pré-natal que fez o parto, esse percentual subiu para 90,2% (n=55) de partos cirúrgicos (Figura 5). Dessa forma, percebe-se que a presença do mesmo médico do Pré-Natal no parto repercutiu no aumento de partos cirúrgicos tanto quando Pré-Natal e parto foram realizados no setor público ou no privado.

Figura 5 - Proporção de partos vaginais e cirúrgicos segundo categoria do pré-natal, parto e mesmo médico. Ribeirão Preto, 2010.

Na tabela 5 está apresentada a distribuição das características relativas ao parto segundo o tipo de parto. Aproximadamente quatro em cada cinco partos (85,9%, n=6499) ocorreram em gestações a termo, sendo quase metade (49,1%, n=3715) nas idades gestacionais de 39 semanas ou mais. Prematuridade ocorreu em 14,1% dos nascimentos, sendo 10,0% (n=760) de 34 a 36 semanas de idade gestacional e 4,1% (n=309) de 33 semanas ou menos (Tabela 5 e Figura 6).

Cerca de $\frac{1}{4}$ dos partos ocorreram no horário entre 6:00 e 11:59 (26,5%, n=2006), proporção semelhante (26,9%, n=2035) foi observada entre 12:00 e 17:59 e a menor ocorrência foi na madrugada (15,2%, n=1153) (Tabela 5 e Figura 6).

Figura 6 – Proporção de partos segundo idade gestacional. Ribeirão Preto, 2010.

Cerca de $\frac{1}{4}$ dos partos ocorreram no horário entre 6:00 e 11:59 (26,5%, n=2006), proporção semelhante (26,9%, n=2035) foi observada entre 12:00 e 17:59 e a menor ocorrência foi na madrugada (15,2%, n=1153) (Tabela 5 e Figura 7).

Figura 7 – Proporção de partos segundo período de nascimento. Ribeirão Preto, 2010.

Perto de 1/3 (35,9% (n=414) das cesáreas foram realizadas de madrugada, enquanto mais de 2/3 (64,1%) dos partos vaginais (n=739) ocorreram nesse horário; já entre 18:00 e 23:59, mais de 2/3 dos partos (67,5%, n=1601) foram cirúrgicos, comparado com 1/3 (32,5%, n=771) de partos vaginais (Tabela 5 e Figura 8).

Figura 8- Distribuição do tipo de parto vaginal e cirúrgico segundo o horário de nascimento. Ribeirão Preto, 2010.

Avaliando a distribuição do tipo de parto por hora de ocorrência, que os partos cirúrgicos aconteceram com menor incidência na madrugada, sendo que apenas 1% dos partos cirúrgicos ocorreram às 3h da madrugada. A partir das 16h começou a aumentar o percentual de partos cirúrgicos, sendo que os partos duplicaram das 16h (3,5%) às 17h (6,5%) e aumentaram até as 19h (9,3%), com diminuição de partos cirúrgicos a partir das 20h (8,5%), que já caíram pela metade às 21h (4,7%). O parto vaginal se distribuiu de forma mais homogênea, oscilando de 3,5% às 19h a 5,2% às 9h da manhã (Figura 9)

Os dias da semana em que ocorreram menos partos foram domingo (9,6%, n=728) e sábado (11,2%, n=851); por outro lado, a maior proporção de partos ocorreu às segundas-feiras (17,6%, n=1330), seguidas pelas quartas feiras (16,0%, n=1212). A ocorrência nos demais dias da semana variou entre 14,5% e 15,6% (Tabela 5).

A maior parte das cesarianas ocorreu de segunda a quarta-feira, variando de 63,4% a 67,1%, sendo as menores proporções observadas aos domingos (39,1%, n=285), seguidos pelos sábados (49,8%, n=424). Os partos vaginais predominaram nos finais de semana, sendo que 50,2% (n=427) desses foram realizados aos sábados e 64,1% (n=739) aos domingos; no restante da semana as proporções de partos vaginais são mais próximas (Figura 9).

Figura 9 - Percentual de partos vaginais e cirúrgicos por hora de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010.

É interessante verificar na figura 10 que, ao se avaliar o dia da semana e o horário de ocorrência dos partos, percebe-se que os partos vaginais se distribuíram de forma homogênea em todos os períodos ao longo dos dias da semana. Já as cesarianas apresentam diferenciações no percentual de partos nos períodos do dia, com aumento no decorrer do dia (Figura 11). Essa tendência foi mais nitidamente

Figura 10– Distribuição de partos vaginais por dia da semana e período de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.

Figura 11 – Distribuição de partos cirúrgicos por dia da semana e período de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.

observada de segunda-feira a sexta-feira; nos finais de semana (sábado e domingo) apresentam distribuição semelhante entre si, mas bem diferente daquela observada durante a semana (Figura 10 e Figura 11).

Ao se avaliar a distribuição dos partos cirúrgicos (terapêutico e eletivos) e vaginais pela categoria de assistência ao parto e dia da semana em que ocorreu o parto, percebe-se que na categoria privada, a distribuição entre as mulheres que foram submetidas a cesárea terapêutica ou eletiva, apresentam uma distribuição muito semelhante, sendo o final de semana o que apresenta menor frequência (segunda, quarta e quinta-feira os dias que apresentam maior frequência tanto para as cesáreas eletivas quanto as terapêuticas (Figura 12).

Figura 12 – Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de assistência ao parto e dia da semana de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.

Das cesáreas terapêuticas, 20,5% ocorreram no setor privado na segunda-feira e 23,9% eletivas ocorrem no mesmo local e período. Já na terça-feira, 15,2% foram terapêuticas e 15,0% eletivas, quarta-feira, 17,5% foram terapêuticas e 17,7% eletivas, quinta-feira, 16,6% terapêuticas e 17,5% eletivas e a partir de sexta-feira tem-se uma redução da frequência de ambas as cesáreas, sendo 14,6% terapêutica e 14,4% eletiva, sábado, 9,2% terapêutica e 7,5% eletiva e no domingo, 6,5% foram terapêuticas e 4,1% eletivas (Apêndice D)

É possível perceber esse mesmo movimento quando se avalia o tipo de parto cirúrgico eletivo e terapêutico segundo categoria de assistência ao parto e hora de ocorrência do parto, permanecendo uma frequência muito similar entre as cesáreas terapêuticas e eletivas quanto a categoria de assistência ao parto foi privada, dando margem a interpretação que, aparentemente, a gestante no setor privado que foi submetida ao parto cirúrgico terapêutico tende a ter características muito semelhantes às que realizam a cesárea eletiva, e destoa da gestante que é submetida ao parto cirúrgico terapêutico na rede pública (Figura 13).

Figura 13 – Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de assistência ao parto e hora ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.

Outro elemento que demonstra essa anormalidade entre a gestante no setor público e no setor privado, é o tempo decorrido entre a internação e o parto, sendo que no setor privado, novamente, percebe uma distribuição muito semelhante entre os partos cesáreos com indicação médica (terapêuticos) e os eletivos (Figura 14).

Figura 14 – Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de assistência ao parto e intervalo de tempo entre internação e ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.

No setor privado percebe-se um decréscimo na de frequência de cesáreas a medida que aumenta o tempo entre a internação e o parto, sendo que, 76,5% das cesarianas terapêuticas acontecem até 2 horas de internação, e no caso da cesárea eletiva 80,9% realizando nesse mesmo intervalo. Quando se avalia o período de 3 a 5 horas, essa frequência cai para 17,3% nos partos cirúrgicos terapêuticos e 16,8% no eletivo, e o período de 6 a 11 horas, apresenta apenas 3,9% de cesáreas terapêuticas e 1,5% eletivas, e mais de 12 horas, 2,3% de terapêuticas e 1,5% de eletiva (Apêndice E).

No setor público o movimento é inverso na cesárea terapêutica, sendo que aumenta sua frequência à medida que se aumenta o tempo de internação (Apêndice E).

Relacionado ao trabalho de parto e tempo de internação, mais da metade das mulheres referiram estar em trabalho de parto quando internaram para dar à luz (54,5%, n=4109) e quase metade dos partos (48,3%, n=3491) ocorreram dentro das duas primeiras horas após a internação (Tabela 5).

Contudo, a tabela 5 mostra ainda que houve contrastes na distribuição dessas características de acordo com o tipo de parto. Enquanto houve proporções muito próximas de partos vaginais (50,5%, n=1875) e cirúrgicos (49,5%, n=1840) entre nascidos com 39 semanas ou mais de idade gestacional, a proporção de cesarianas foi mais que 60,0% nas demais idades gestacionais, chegando a 68,3% (n=1901) entre os nascidos com 37 – 38 semanas.

Enquanto quase 2/3 das mulheres que internaram em trabalho de parto (62,6%, n=2573) tiveram partos vaginais, 83,5% (n=2866) daquelas que não estavam em trabalho de parto na internação foram submetidas a parto cirúrgico. Os partos ocorridos nas duas primeiras horas após a internação foram na grande maioria cirúrgicos (74,9%, n=2616) (Tabela 5).

A apresentação cefálica foi a mais prevalente entre os partos (93,5%, n=7075), sendo a pélvica e a transversa muito pouco relatadas (3,6%, n=275 e menos de 1%, n=20, respectivamente). Dos partos vaginais, em 98% (n=3086) a apresentação do recém-nascido foi cefálica, assim como nos partos cirúrgicos, nos quais em 90,3% a apresentação foi cefálica e em 5,9% (n=261) foi pélvica. Todas essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p<0,05$) (Tabela 5).

Quando se avalia a associação entre a internação em trabalho de parto e o uso de medicação para indução do parto, percebe-se que 77,1% (n=1320) das mulheres que chegaram à maternidade em trabalho de parto e receberam medicação para induzir o parto evoluíram para parto vaginal, e apenas 22,9% (n=391) das gestantes nas mesmas condições evoluíram para parto cirúrgico. Já entre aquelas que internaram em trabalho de parto e não sofreram indução 51,3% (n=1194) evoluíram para parto vaginal.

Portanto, houve aumento de 50% de partos vaginais ao se administrar soro ou medicação. Em contrapartida, aqueles casos que foram internados sem presença de trabalho de parto, mas houve a administração de soro ou medicação para induzir

o parto, apenas 34,2% (n=233) foram submetidos a parto cirúrgico. Já entre aquelas que não apresentavam trabalho e não sofreram indução do parto, 95,9% (n=2623) dos casos evoluíram para parto cirúrgico (Figura 15).

Figura 15 – Distribuição de parto cirúrgico e vaginal segundo trabalho de parto e indução do trabalho de parto. Ribeirão Preto, 2010.

5.1.1 Análise não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico)

Na análise não ajustada (Tabela 6) observa-se que todas as características estudadas estiveram associadas com o tipo de parto ($P < 0,05$). Todas as idades gestacionais apresentaram maior ocorrência de parto cirúrgico quando utilizada como referência 39 ou mais semanas gestacionais. A ocorrência de cesárea aumentou à medida que se reduziu a idade gestacional (37-38 semanas: $RP=1,38$, $IC95\%$: 1,32–1,44; 34-36 semanas, $RP=1,28$, $IC95\%$: 1,20–1,36; < 34 semanas, $RP=1,27$, $IC95\%$: 1,16–1,40). Menores níveis de escolaridade estiveram associados a menor frequência de partos cirúrgicos (0 a 4 anos de estudo; $RP=0,42$, $IC95\%$: 0,37-0,49; 5 a 8 anos: $RP=0,43$, $IC95\%$: 0,40-0,46; 9 a 11 anos: $RP=0,68$, $IC95\%$: 0,66-0,70), quando comparados com escolaridade de 12 ou mais anos de estudo. Outras variáveis que apresentaram menores proporções de parto cirúrgico foram: mães sem companheiro ($RP=0,70$, $IC95\%$: 0,65-0,75), cor da pele auto referida não

branca $RP=0,66$, $IC95\%$: 0,63-0,69) e pertencer às classes econômicas C ($RP=0,57$, $IC95\%$: 0,54-0,59) e D/E ($PR=0,41$, $IC95\%$: 0,37-0,46) (Tabela 6).

Tabela 5 – Distribuição das características do parto segundo o tipo de parto. Ribeirão Preto, 2010.

Variáveis de estudo	Tipo de parto						p
	Vaginal (3150)		Cirúrgico (4418)		Total (7568)*		
	n	%	n	%	n	%	
Idade gestacional (semanas completas)*							
≥ 39	1875	50,5	1840	49,5	3715	49,1	p<0,001
37 - 38	883	31,7	1901	68,3	2784	36,8	
34 - 36	278	36,6	482	63,4	760	10,0	
< 34	114	36,9	195	63,1	309	4,1	
Hora do parto							
00:00 às 05:59	739	64,1	414	35,9	1153	15,2	p<0,001
06:00 às 11:59	865	43,1	1141	56,9	2006	26,5	
12:00 às 17:59	775	38,1	1260	61,9	2035	26,9	
18:00 às 23:59	771	32,5	1601	67,5	2372	31,4	
Dia da semana							
Domingo	443	60,9	285	39,1	728	9,6	p<0,001
Segunda-feira	438	32,9	892	67,1	1330	17,6	
Terça-feira	497	42,2	682	57,8	1179	15,6	
Quarta-feira	443	36,6	769	63,4	1212	16,0	
Quinta-feira	454	38,8	717	61,2	1171	15,5	
Sexta-feira	448	40,8	649	59,2	1097	14,5	
Sábado	427	50,2	424	49,8	851	11,2	
Internação em trabalho de parto							
Sim	2573	62,6	1536	37,4	4109	54,5	p<0,001
Não	567	16,5	2866	83,5	3433	45,5	
Tempo decorrido entre internação e parto (horas)							
0 a 2	875	25,1	2616	74,9	3491	48,3	p<0,001
3 a 5	825	49,9	827	50,1	1652	22,9	
6 a 11	764	62,9	451	37,1	1215	16,8	
12 ou mais	467	53,8	401	46,2	868	12,0	
Apresentação fetal							
Cefálico	3086	43,6	3989	56,4	7075	93,5	p<0,001
Pélvico	14	5,1	261	94,9	275	3,6	
Transverso	0	0	20	100	20	0,3	
Não sabe	50	25,3	148	74,7	198	2,6	
Indução do parto							
Sim	1770	73,9	624	26,1	2394	32,1	p<0,001
Não	1306	25,8	3757	74,2	5063	67,9	

* Totais para as características podem variar por causa de valores ignorados.

Mães adolescentes tiveram maior proporção de partos cirúrgicos ($RP=1,28$, $IC95\%$: 1,23-1,34) e as mais idosas tiveram menores proporções ($RP=0,61$, $IC95\%$: 0,56-0,66) quando comparadas com a referência de 20 a 34 anos. Ainda na tabela 6 observa-se que foi estatisticamente significativa a associação do parto cirúrgico com a assistência ao pré-natal realizada no serviço privado ($RP=2,63$; $IC95\%$: 2,51-2,75) quando comparado com o serviço público, da mesma forma que na assistência

privada ao parto (RP=2,78, IC95%: 2,66-2,91). O fato de não ter sido o mesmo médico do pré-natal que realizou o parto implicou em redução na ocorrência do parto cirúrgico (RP=0,38, IC95%: 0,36-0,39) (Tabela 6).

Tabela 6— Análise não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico). Ribeirão Preto, 2010.

Variáveis de estudo	N de casos	N casos cirúrgicos	% Parto Cirúrgico	RP	IC 95%
Idade gestacional (semanas)					
≥ 39	3715	1840	49,5	1	
37-38	2784	1901	68,3	1,38	1,32 – 1,44
34-36	760	482	63,4	1,28	1,20 – 1,36
< 34	309	195	63,1	1,27	1,16 – 1,40
Escolaridade (anos)					
12 ou mais	1720	1464	85,1	1	
9-11	3856	2224	57,7	0,68	0,66 – 0,70
5-8	1634	596	36,5	0,43	0,40 – 0,46
0-4	325	117	36	0,42	0,37 – 0,49
Idade materna (anos)					
20-34	5645	3347	59,3	1	
<20	947	719	75,9	1,28	1,23 – 1,34
35 ou mais	975	351	36	0,61	0,56 – 0,66
Situação conjugal					
Com companheiro	6530	3976	60,9	1	
Sem companheiro	1027	435	42,4	0,70	0,65 – 0,75
Cor materna					
Branca	4435	3016	68	1	
Não branca	3058	1376	45	0,66	0,63 – 0,69
Classe Econômica					
A/B	3272	2578	78,8	1	
C	3089	1384	44,8	0,57	0,54 – 0,59
D/E	707	228	32,3	0,41	0,37 – 0,46
Categoria do Pré-Natal					
Público	4106	1400	34,1	1	
Privado	3335	2987	89,6	2,63	2,51 – 2,75
Categoria do Parto					
Público	4214	1377	32,7	1	
Privado	3341	3035	90,8	2,78	2,66 – 2,91
Mesmo médico do pré-Natal					
Sim	3263	2948	90,4	1	
Não	4275	1455	34,0	0,38	0,36 – 0,39
Hora do parto					
Das 00:00h às 05:59h	1153	414	35,9	1	
Das 06:00h às 11:59h	2006	1141	56,9	1,58	1,45 – 1,73
Das 12:00h às 17:59h	2035	1260	61,9	1,72	1,58 – 1,88
Das 18:00h às 23:59h	2372	1601	67,5	1,88	1,73 – 2,04
Dia da semana					
Domingo	728	285	39,1	1	
Segunda-feira	1330	892	67,1	1,71	1,55 – 1,89
Terça-feira	1179	682	57,8	1,48	1,33 – 1,64
Quarta-feira	1212	769	63,4	1,62	1,47 – 1,79

Quinta-feira	1171	717	61,2	1,56	1,41 – 1,73
Sexta-feira	1097	649	59,2	1,51	1,36 – 1,68
Sábado	851	424	49,8	1,27	1,14 – 1,42
Dor					
Sim	4109	1536	37,4	1	
Não	3433	2866	83,5	2,23	2,14 – 2,33
Tempo decorrido entre internação e parto (horas)					
0 à 2	3491	2616	74,9	1	
3 a 5	1652	827	50,1	0,67	0,63 – 0,70
6 a 11	1215	451	37,1	0,50	0,46 – 0,53
12 horas ou mais	868	401	46,2	0,62	0,57 – 0,66
Gravidez planejada					
Sim	3482	2360	67,8	1	
Não	4043	2031	50,2	0,74	0,71 – 0,77
Paridade					
1 filho	3755	2432	64,8	1	
2-4 filhos	3558	1911	53,7	0,83	0,80 – 0,86
5+ filhos	232	57	24,6	0,38	0,30 – 0,48

* Totais para as características podem variar por causa de valores ignorados.

Todos os períodos do dia, quando comparados com a madrugada (00:00 às 6:00), e todos os dias da semana, quando comparados com o domingo, apresentaram maior risco para realização de parto cirúrgico, sendo maior para o horário das 18:00 às 23:59 (RP=1,88, IC95%: 1,73-2,04) e nas segundas-feiras (RP=1,71, IC95%: 1,55-1,89). As gestantes que no momento da internação não se apresentavam em trabalho de parto apresentaram 2,23 vezes maior proporção de partos cirúrgicos (RP=2,23, IC95%: 2,14-2,33) comparado com as que internaram em trabalho de parto (Tabela 6).

Houve menor frequência de partos cirúrgicos em múltiparas (2-4 partos: RP=0,83, IC95%: 0,80-0,86; 5 partos ou mais: RP=0,38, IC95%: 0,30-0,48), naquelas que não planejaram a gravidez (RP=0,74; IC95%: 0,71-0,77) e em todas as categorias de tempo entre a internação e o parto que fossem maiores que 2 horas (3-5 horas: RP=0,67, IC95%: 0,63-0,70; 6-11 horas: RP=0,50, IC95%: 0,46-0,53; 12 horas ou mais: RP=0,62, IC95%: 0,57-0,66) (Tabela 6).

5.1.2 Análise ajustada associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico)

Na análise ajustada dos fatores relacionados ao parto, a maioria das características avaliadas se manteve associada ao parto cirúrgico ($P < 0,05$), com algumas variações na magnitude da associação. Exceções foram a situação

conjugal materna, a classificação econômica, a categoria de atenção ao pré-natal e se a gravidez foi planejada ou não, que não mais se associaram ao tipo de parto após ajuste. Idades gestacionais abaixo de 39 semanas permaneceram associadas com maiores proporções de parto cirúrgico (IG menor de 33 semanas: $RP=1,13$, $IC95\%: 1,04-1,23$; 34 a 36 semanas: $RP=1,06$, $IC95\%: 1,01-1,12$; 37 a 38 semanas: $RP=1,03$, $IC95\%: 1,00-1,07$) quando comparadas com a idade gestacional maior que 39 semanas. Somente a escolaridade de 9 a 11 anos de estudo permaneceu associada ao parto cirúrgico, mas passou a ser risco ($RP=1,06$, $IC95\%: 1,03-1,09$) e não mais proteção como o encontrado na análise bruta, comparado com aquelas com 12 ou mais anos de. Apenas idade materna menor de 20 anos permaneceu associada ao parto cirúrgico ($RP=1,13$, $IC95\%: 1,08-1,17$), assim como as puérperas que se consideraram de cor da pele não branca permaneceram com menores proporções de parto cirúrgico ($RP=0,95$, $IC95\%: 0,92-0,99$) conforme Tabela 7.

Já a categoria de assistência ao parto, quando privada, permaneceu associada ao parto cirúrgico ($RP=1,90$; $IC95\%: 1,67-2,17$), assim como o fato da entrevistada ser internada sem apresentar trabalho de parto ($RP=1,48$, $IC95\%: 1,42-1,55$), o período do dia em que ocorreu o parto e dia da semana do nascimento, exceto a sexta-feira, em que não foi mais observada diferença significativa com o domingo ($RP=1,09$, $IC\ 95\% \ 0,99-1,19$). O fato do mesmo médico que realizou o pré-natal não ser o médico responsável pelo parto ($RP=0,87$, $IC95\%: 0,79-0,95$), e a entrevistada ser múltipara (2 a 4 partos: $RP\ 0,92$, $IC95\%: 0,89-0,95$; 5 partos ou mais: $RP=0,70$, $IC95\%: 0,55-0,88$) foram fatores relacionados a menor ocorrência de parto cirúrgicos. Após ajuste, os partos ocorridos entre 3 e 5 horas após a internação continuaram sendo em menor frequência partos cirúrgicos ($RP=0,93$, $IC95\%: 0,89-0,97$), mas o tempo entre a internação e o parto igual ou superior a 12 horas ($RP=1,16$, $IC95\%: 1,07-1,27$) passou a ser risco de ocorrência de cesárea. O tempo de 6 a 11 horas deixou de mostrar diferença significativa ($RP=0,97$, $IC95\%: 0,89-1,05$) quando comparados com os partos realizados mais precocemente durante a internação (Tabela 7).

5.2 Descrição das variáveis por causas de cesárea terapêutica e eletiva e parto vaginal

As causas do parto foram categorizadas em parto vaginal, parto cirúrgico terapêutico (devido a causas fetais e maternas) e parto cirúrgico eletivo (sem indicação médica definida), perfazendo 42,0% (n=3150), 33,8% (n=2536) e 24,2% (n=1818), respectivamente (Tabela 8).

Tabela 7– Análise ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o tipo de parto (vaginal e cirúrgico).
Ribeirão Preto, 2010.

Variáveis de estudo	Parto Cirúrgico		
	RP	IC 95%	P
Idade gestacional			
≥ 39	1,00		
37-38	1,03	1,00 – 1,07	0,05
34-36	1,06	1,01 – 1,12	0,02
<34	1,13	1,04 – 1,23	0,001
Escolaridade (em anos de estudo)			
≥ 12	1,00		
9-11	1,06	1,3 – 1,09	0,001
5-8	1,00	0,93 – 1,07	0,91
0-4	1,04	0,90 – 1,21	0,58
Idade materna (em anos)			
20-34	1,00		
<20	1,13	1,08 – 1,17	0,001
≥ 35	0,93	0,85 – 1,01	0,09
Situação conjugal			
Com companheiro	1,00		
Sem companheiro	1,02	0,95 – 1,10	0,56
Cor materna			
Branca	1,00		
Não branca	0,95	0,92 – 0,99	0,02
Classe Econômica			
A/B	1,00		
C	0,96	0,92 – 1,00	0,06
D/E	0,95	0,85 – 1,07	0,41
Categoria de assistência ao Pré-Natal			
Público	1,00		
Privado	0,96	0,87 – 1,07	0,47
Categoria de assistência ao Parto			
Público	1,00		
Privado	1,90	1,67 – 2,17	0,001
Dor do parto			
Sim	1,00		
Não	1,48	1,42 – 1,55	0,001
Mesmo médico do pré-Natal e parto			
Sim	1,00		
Não	0,87	0,79 – 0,95	0,001
Hora do parto			
Das 00:00h às 05:59h	1,00	0,79 – 0,95	
Das 06:00h às 11:59h	1,15	1,07 – 1,24	0,001

Das 12:00h às 17:59h	1,25	1,16 – 1,35	0,001
Das 18:00h às 23:59h	1,19	1,11 – 1,29	0,001
Dia da semana			
Domingo	1,00		
Segunda-feira	1,12	1,03 – 1,22	0,001
Terça-feira	1,11	1,02 – 1,22	0,02
Quarta-feira	1,12	1,03 – 1,23	0,001
Quinta-feira	1,11	1,01 – 1,21	0,02
Sexta-feira	1,09	0,99 – 1,19	0,07
Sábado	1,10	1,00 – 1,21	0,05
Tempo até o parto(horas)			
0-2	1,00		
3-5	0,93	0,89-0,97	0,001
6-11	0,97	0,89-1,05	0,46
12 ou mais	1,16	1,07-1,27	0,001
Gravidez planejada			
Sim	1,00		
Não	0,99	0,96-1,03	0,96
Paridade (partos)			
1	1,00		
2-4	0,92	0,89-0,95	0,001
5 ou mais	0,70	0,55-0,88	0,001

* Totais para características podem variar por causa dos valores ignorados

Na idade gestacional de 39 e mais semanas, mais da metade (59,9%, n=1875) dos partos foram vaginais, o parto cirúrgico terapêutico ocorreu em quase 1/3 dos casos (31,3%, n=1151) e a menor proporção foi de cesáreas eletivas (17,8%, n=657). À medida que se reduziu a idade gestacional aumentaram as cesáreas terapêuticas, chegando a 52,1% (n=159) nas idades gestacionais menores de 34 semanas. A cesariana eletiva ocorreu em mais de 1/3 (35,1%, n=970) dos partos ocorridos entre 37-38 semanas e apenas em 10,5% (n=32) dos partos com 34 semanas ou menos (Tabela 8).

A alta proporção de partos cirúrgicos entre as mulheres mais escolarizadas (85,1%, n=1459) se distribuiu em proporções semelhantes entre cesáreas terapêuticas (44,0%, n=755) e eletivas (41,1%, n=704), e apenas 14,9% tiveram parto vaginal. Já entre as menos escolarizadas, 0 a 4 anos de estudo, 2/3 tiveram parto vaginal (65,4%, n= 208) e somente 12,3% (n=39) foram submetidas à cesárea eletiva (Tabela 8).

Mães mais novas, com menos de 20 anos, em 75,6% (n=708) dos casos realizaram parto cirúrgico, com proporções semelhantes entre cesárea terapêutica (39,3%, n=368) eletiva (36,3%, n=340). À medida que aumentou a faixa etária materna, diminuiu o percentual de partos cirúrgicos, sendo 59% (n=3304) de 20 a 34 anos e 35,4% (n=341) a partir dos 35 anos de idade. Dos partos cirúrgicos, o que sofreu maior alteração com o aumento da idade foi a cesárea eletiva, que

correspondeu a apenas 7,2% (n=69) dos partos na faixa etária de 35 anos ou mais (Tabela 8).

Mães sem companheiro, assim como as que se declararam não brancas, tiveram maiores proporções de partos vaginais (58,2%, n=592 e 55,4%, n=1682, respectivamente) do que suas contrapartidas; contudo, quando foram submetidas a parto cirúrgico, apenas 13,3% (n=135) foram cesáreas eletivas entre as mães sem companheiro e 15,7% (n=476) entre as mulheres não brancas, e esses valores foram o dobro para as mulheres com companheiro (26,0%, n=1682) e brancas (30,4%, n=1339) (Tabela 8).

A proporção de partos vaginais foi cerca de 3 vezes maior entre as mães das classes econômicas menos favorecidas, D/E, (68,7%, n=479) e cerca de duas vezes e meia maior na classe C (55,6%, n=1705) quando comparada com as classes mais favorecidas, A/B (21,3%, n=694). Nestas, a proporção de cesáreas terapêuticas e eletivas foi próxima (40,0%, n=1301; 38,7%, n=1257), enquanto apenas 15,1% (n=463) das mulheres da classe C e 5,9% (n=41) das classes D/E foram submetidas a cesáreas eletivas (Tabela 8).

Primíparas tiveram parto cirúrgico em praticamente 2/3 dos casos (64,5%, n=2400), sendo 42,4% deles (n=1577) terapêuticos; já as grandes múltiparas, com cinco partos ou mais, tiveram parto vaginal em 75,8% dos casos (n=175) e, quando submetidas a parto cirúrgico, a proporção de cesáreas terapêuticas e eletivas foi a mesma (12,1%, n=28), representando cerca de metade do percentual apresentado na paridade de 2 a 4 partos (26,1%, n=921 de cesáreas terapêuticas e 27,2%, n=961 de cesáreas eletivas). (Tabela 8)

Das mulheres que realizaram pré-natal no serviço público, apenas 1/3 (33,5%, n=1358) realizou parto cirúrgico, e dessas, 27,2% (n=1104) foram cesáreas terapêuticas e apenas 6,3% (n=254) a cesáreas eletivas. No serviço privado tem-se uma inversão nessa distribuição, sendo a maioria dos partos cirúrgicos, 46,9%(n=1556) eletivos e 42,6% (n=1414) terapêuticos. A mesma situação é identificada nos partos que foram realizados na rede pública ou privada; na rede pública, apenas 1/3 (32%, n=1333) foram cirúrgicos, e desses, 26,4% (n=1101) terapêuticos e 5,6% (n=232) eletivos. Já na rede privada, 9 em cada 10 partos foram cirúrgicos (90,8%, n=3018), sendo a cesárea eletiva foi responsável por 47,7% (n=1586) dos partos nesse modelo de assistência ao parto (Tabela 8).

Em 43,5% (n=3249) das vezes o mesmo médico do pré-natal foi o que realizou o parto, e quando isso aconteceu, 47,3% (n=1536) dos partos foram cesáreas eletivas, 43,0% (n=1398) terapêuticas e apenas 9,7% (n=315) partos vaginais. Quando o profissional que realizou o parto não foi o mesmo médico do pré-natal, a taxa de cesárea eletiva se reduziu drasticamente, mais de sete vezes, saindo dos 47,3% já mencionados para apenas 6,6% (n=280). O fato de ser ou não o mesmo médico do pré-natal o que realiza o parto também é impactante para o parto vaginal, pois quando é o mesmo profissional nos dois momentos, o parto vaginal se reduz quase sete vezes, saindo de 66,7% (n=2820) para apenas 9,7% (n=315) (Tabela 8).

Quanto ao horário, os partos cirúrgicos terapêuticos se distribuem de uma forma mais homogênea entre os períodos, sendo apenas o período das 00:00 às 05:59 o que apresenta menor percentual, 24,9% (n=285). Nos partos cirúrgicos eletivos sua menor frequência é no período das 00:00 às 05:59, 10,6% (n=121) e sua maior frequência no período das 18:00 às 23:59h, onde alcança quase um terço dos partos, 30,3% (n=714). O parto cirúrgico terapêutico, quando avaliado o dia da semana de ocorrência do parto, representou em torno de 1/3 dos partos ocorridos em cada dia, com menor proporção no domingo (27,6%, n=200). Já o parto cirúrgico eletivo teve maior oscilação em suas proporções nos dias da semana, sendo sua menor frequência no domingo (11,3%, n=82) e na sexta-feira (16,5%, n=139) e a maior frequência na segunda-feira (32,2%, n=426) (Tabela 8).

Apenas 10,7% (n=438) das mulheres que relataram dor do trabalho de parto no momento da internação realizaram parto cirúrgico eletivo; 42,9% (n=1459) das que não relataram trabalho de parto já iniciado no momento da internação realizaram parto cirúrgico terapêutico e 40,5% (n=1379) parto cirúrgico eletivo. Das mulheres que internaram em trabalho de parto, 63,1% (n=2573) evoluíram para parto vaginal, comparado com 16,7% (n=567) das que internaram sem trabalho de parto. O tempo entre a internação e o parto oscilou dependendo do tipo de parto. Mais de um terço (39%, n=1353) dos partos realizados em até 2 horas após a internação foram eletivos. Quando avaliado o tempo de 3 a 5 horas entre a internação e o parto percebe-se que o parto eletivo se reduziu progressivamente para 21% (n=346), depois para apenas 6,1% (n=73) quando o tempo aumentou para de 6 a 11 horas; e se reduziu ainda mais, 3,3% (n=28) quando o parto ocorreu após 12 horas de internação. O parto cirúrgico terapêutico não segue essa mesma tendência,

pois apresenta valores mais expressivos, 42,4% (n=364) no tempo de internação de 12 horas ou mais, seguido de menos de 2 horas, 35,8% (n=1240). Entre as mulheres que planejaram a gravidez, 39,9% (n=1375) tiveram parto cirúrgico terapêutico e 27,6% (n=952) eletivos, valores cerca de uma vez e meia maiores do que as que não planejaram a gravidez, entre as quais mais da metade teve parto vaginal (50,1%, n=2012). Praticamente a totalidade dos partos de mulheres que estavam tendo seu primeiro filho, portanto sem partos anteriores, teve parto vaginal (99,6%, n= 2746). Já entre as que tinham uma cesariana anterior a maior proporção foi de parto cirúrgico eletivo na presente gestação (59,2%, n=1865) e apenas 11,7% (n=369) tiveram parto vaginal. Entre as que tinham três ou mais cesarianas anteriores, um quarto dos partos foram cirúrgicos terapêuticos (25,3%, n=98), a grande maioria foi eletivo (73,6%, n=285) e apenas 1,0% (n=4) foram partos vaginais (Tabela 8).

Todas as associações descritas acima foram estatisticamente significativas ($P<0,05$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das características maternas, da assistência à gestação e ao parto e características do parto segundo as causas de parto (cirúrgico eletivo e terapêutico e parto vaginal). Ribeirão Preto, 2010

Variáveis de estudo	Parto Cirúrgico				Vaginal		TOTAL **
	Terapêutico		Eletivo		n	%	
	n	%	n	%			
Idade gestacional (semanas)*							
≥ 39	1151	31,3	657	17,8	1875	50,9	3683
37-38	912	33,0	970	35,1	883	31,9	2765
34-36	314	41,8	159	21,2	278	37,0	751
<34	159	52,1	32	10,5	114	37,4	305
Escolaridade (anos)*							
12 ou mais	755	44,0	704	41,1	256	14,9	1715
9-11	1315	34,3	886	23,1	1632	42,6	3833
5-8	384	23,9	185	11,5	1038	64,6	1607
0-4	71	22,3	39	12,3	208	65,4	318
Idade materna (anos)*							
20-34	1895	33,8	1409	25,2	2298	41,0	5602
<20	368	39,3	340	36,3	228	24,4	936
≥ 35	272	28,2	69	7,2	624	64,7	965
Situação conjugal*							
Com companheiro	2240	34,6	1682	26,0	2554	39,4	6476
Sem companheiro	291	28,6	135	13,3	592	58,2	1018
Cor materna*							
Branca	1641	37,3	1339	30,4	1419	32,3	4399
Não branca	876	28,9	476	15,7	1682	55,4	3034
Classe Econômica*							
A/B	1301	40,0	1257	38,7	694	21,3	3252
C	901	29,4	463	15,1	1705	55,6	3069
D/E	177	25,4	41	5,9	479	68,7	697
Paridade (partos)*							
1	1577	42,4	823	22,1	1323	35,5	3723

2-4	921	26,1	961	27,2	1647	46,7	3529
5 ou mais	28	12,1	28	12,1	175	75,8	231
Categoria de assistência ao Pré-Natal*							
Público	1104	27,2	254	6,3	2706	66,6	4064
Privado	1414	42,6	1556	46,9	348	10,5	3318
Categoria de assistência ao Parto*							
Público	1101	26,4	232	5,6	2837	68,0	4170
Privado	1432	43,1	1586	47,7	306	9,2	3324
Mesmo médico do pré-Natal e parto*							
Sim	1398	43,0	1536	47,3	315	9,7	3249
Não	1129	26,7	280	6,6	2820	66,7	4229
Hora do parto*							
Das 00:00h às 05:59h	285	24,9	121	10,6	739	64,5	1145
Das 06:00h às 11:59h	601	30,3	519	26,2	865	43,6	1985
Das 12:00h às 17:59h	774	38,5	464	23,1	775	38,5	2013
Das 18:00h às 23:59h	874	37,1	714	30,3	771	32,7	2359
Dia da semana*							
Domingo	200	27,6	82	11,3	443	61,1	725
Segunda-feira	459	34,7	426	32,2	438	33,1	1323
Terça-feira	392	33,4	284	24,2	497	42,4	1173
Quarta-feira	446	37,2	311	25,9	443	36,9	1200
Quinta-feira	394	34,1	306	26,5	454	39,3	1154
Sexta-feira	366	33,8	270	24,9	448	41,3	1084
Sábado	279	33,0	139	16,5	427	50,5	845
Internação em trabalho de parto*							
Sim	1066	26,2	438	10,7	2573	63,1	4077
Não	1459	42,9	1379	40,5	567	16,7	3405
Tempo decorrido entre internação e parto (horas)*							
0-2	1240	35,8	1353	39	875	25,2	3468
3-5	475	28,9	346	21	825	50,1	1646
6-11	362	30,2	73	6,1	765	63,7	1199
12 ou mais	364	42,4	28	3,3	467	54,4	859
Gravidez planejada*							
Sim	1375	39,9	952	27,6	1122	32,5	3449
Não	1146	28,5	857	21,3	2012	50,1	4015
Partos cesáreas*							
0	6	0,2	4	0,2	2746	99,6	2756
1	1865	59,2	918	29,1	369	11,7	3152
2	562	47,6	609	51,6	9	0,8	1180
3 ou mais	98	25,3	285	73,6	4	1,0	387

*p<0,001

** Totais para características podem variar por causa dos valores ignorados

5.2.1 Análise multinominal não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com as causas de parto (cesárea terapêutica e eletiva e parto vaginal)

A tabela 9 apresenta o *Odds Ratio* (OR) ajustado para as variáveis do estudo em relação a ter sido submetida a parto cirúrgico terapêutico ou eletivo, com o parto vaginal sendo considerado como a referência.

Partos ocorridos em todas as idades gestacionais abaixo de 39 semanas tiveram maior risco de ser parto cirúrgico por causas terapêuticas (37 e 38 semanas: OR=1,68, IC95%: 1,50-1,89; 34 a 36 semanas: OR=1,84, IC95%:1,54-2,20; < 34 semanas: OR= 2,27, IC95%:1,77-2,92) e eletivas (37 e 38 semanas: OR=3,14; IC95%:2,76-3,56; 34 a 36 semanas: OR=1,63; IC95%:1,32-2,02; < 34 semanas: OR=2,27, IC95%:1,77-2,92) do que os partos com 39 semanas ou mais, exceto nos casos com menos de 34 semanas, que não apresentaram associação com parto cirúrgico eletivo (OR=0,80, IC95%:0,54-1,20) (Tabela 9).

Mulheres com escolaridade menor de 12 anos, quando comparadas com as de 12 anos ou mais de estudo, apresentaram menor risco de parto cirúrgico, tanto terapêutico quanto eletivo (9 a 11 anos de estudo: OR=0,20, IC95%:0,17-0,23; 5 a 8 anos: OR=0,06, 0,05-0,08; 0 a 4 anos: OR=0,07, IC95%:0,05-0,09). Ter menos de 20 anos de idade foi risco para parto cirúrgico terapêutico (OR=1,96, IC95%1,64-2,33) e eletivo (OR=2,43, IC95%:2,03-2,91), comparando-se com idade entre 20 e 34 anos. Em contrapartida, idade igual ou superior a 35 anos foi fator protetor para realização tanto de parto terapêutico (OR=0,53, IC95%:0,45-0,62) como eletivo (OR 0,18, IC95%:0,14-0,23). Não ter companheiro foi fator de menor risco de realizar parto cirúrgico terapêutico (OR=0,56, IC95%:0,48-0,65) e também eletivo (OR=0,35, IC95%:0,28-0,42), comparando com as mulheres que tinham companheiro (Tabela 9). Da mesma forma, mães não brancas tiveram menor risco para parto terapêutico (OR=0,45, IC95%:0,40-0,50) e eletivo (OR=0,30, IC95%:0,26-0,34) (Tabela 9).

Mais um fator associado aos partos cirúrgicos foi o estrato da classe econômica onde a mulher foi classificada. Mulheres dos estratos menos favorecidos tiveram menos partos cirúrgicos do que os estratos mais elevados A/B, tanto terapêuticos (classe C: OR=0,28, IC95%:0,25-0,32; classes D/E: OR=0,20, IC95%:0,16-0,24) como eletivos (classe C: OR=0,15, IC95%:0,13-0,17; classes D/E: OR=0,05, IC95%:0,03-0,06) (Tabela 9).

Realizar o pré-natal no setor privado (OR=9,96, IC95%:8,69-11,42) assim como o parto (OR=12,06, IC95%:10,47-13,89) representaram fatores que contribuíram de forma muito importante para realização de cesárea terapêutica, quando comparado com o setor público. Quando a cesárea foi eletiva esse risco foi muito maior se o pré-natal (OR= 47,63, IC95%:40,05-56,65) e o parto (OR=63,38, IC95%:52,87-75,98) foram realizados na rede privada, quando comparada com a categoria de assistência pública. Se no momento da internação na maternidade a

mulher não se apresentava em trabalho de parto, houve maior risco para realização de parto cirúrgico terapêutico (OR 6,21, IC95%:5,51-7,01) e eletivo (OR=14,29, IC95%:12,41-16,45) do que se fosse internada em trabalho de parto. O médico que realizou o parto não ser o mesmo médico do pré-natal reduziu o risco de parto cirúrgico, tanto terapêutico (OR=0,09, IC95%:0,08-0,10) como eletivo (OR=0,02, IC95%:0,01-0,02), comparando-se com os casos em que o médico do pré-natal foi o mesmo do parto (Tabela 9).

Foi maior o risco de ocorrer um parto cirúrgico, tanto terapêutico quanto eletivo, em qualquer período do dia depois das 06:00h quando comparado com os partos realizados das 00:00 às 05:59h. O mesmo ocorreu quando se compara o dia da semana do parto: todos os dias da semana, quando comparados com o domingo, apresentaram maior risco de parto cirúrgico, tanto terapêutico quanto eletivo. O tempo decorrido entre a internação e o parto protege de parto cirúrgico. Partos cirúrgicos terapêuticos realizados entre 3 a 5 horas (OR=0,41, IC95%:0,35-0,47), 6 a 11 horas (OR=0,33, IC95%:0,29-0,39) e 12 horas ou mais (OR=0,55, IC95%:0,47-0,65) apresentaram menor risco de acontecer do que aqueles realizados até 2 horas. Nos partos eletivos observase a mesma situação (partos ocorridos entre 3 a 5 horas: OR=0,27, IC95%:0,23-0,32; 6 a 11 horas: OR=0,06, IC95%:0,05-0,08; 12 horas ou mais: OR=0,04, IC95%:0,03-0,06). Não planejar a gestação também reduziu a chance das mulheres serem submetidas a parto cirúrgico terapêutico (RR=0,46, IC95%:0,42-0,52) e eletivo (OR=0,50, IC95%:0,45-0,56) (Tabela 9).

A paridade também apareceu como fator protetor quando se comparam as multíparas com as primíparas, sendo que no caso de cesárea terapêutica apresentaram menor risco as mulheres que tinham 2 a 4 partos (OR=0,47, IC95%:0,42-0,52) e 5 partos ou mais (OR=0,13, IC95%:0,09-0,20) e no caso da cesárea eletiva as que tinham 5 partos ou mais (OR=0,26, IC95%:0,17-0,39) (Tabela 9).

5.2.2 Análise multinomial ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com as causas de parto (cesárea terapêutica e eletiva e parto vaginal)

A tabela 10 mostra os resultados da análise multinomial ajustada para as variáveis do estudo em relação a ter sido submetida a parto cirúrgico terapêutico ou eletivo, com o parto vaginal sendo considerado como a referência.

Tabela 9 - Análise multinomial não ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com as causas de parto (cirúrgico eletivo e terapêutico e parto vaginal). Ribeirão Preto, 2010.

Variáveis de estudo	Parto Cirúrgico*					
	Terapêutico comparado ao parto vaginal			Eletivo comparado ao parto vaginal		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Idade gestacional						
≥ 39	1			1		
37-38	1,68	1,50-1,89	0,001	3,14	2,76 – 3,56	0,001
34-36	1,84	1,54-2,20	0,001	1,63	1,32 – 2,02	0,001
<34	2,27	1,77-2,92	0,001	0,80	0,54 – 1,20	0,28
Escolaridade (anos)						
12 ou mais	1			1		
9-11	0,27	0,23-0,32	0,001	0,20	0,17 – 0,23	0,001
5-8	0,13	0,10-0,15	0,001	0,06	0,05-0,08	0,001
0-4	0,12	0,85-0,16	0,001	0,07	0,05-0,10	0,001
Idade materna (anos)						
20-34	1			1		
<20	1,96	1,64-2,33	0,001	2,43	2,03-2,91	0,001
≥ 35	0,53	0,45-0,62	0,001	0,18	0,14-0,23	0,001
Situação conjugal						
Com companheiro	1			1		
Sem companheiro	0,56	0,48-0,65	0,001	0,35	0,28-0,42	0,001
Cor materna						
Branca	1			1		
Não branca	0,45	0,40-0,50	0,001	0,30	0,26-0,34	0,001
Classe Econômica						
A/B	1			1		
C	0,28	0,25-0,32	0,001	0,15	0,13-0,17	0,001
D/E	0,20	0,16-0,24	0,001	0,05	0,03-0,66	0,001
Categoria de assistência ao Pré-Natal						
Público	1			1		
Privado	9,96	8,69-11,42	0,001	47,63	40,05-56,65	0,001
Categoria de assistência ao Parto						
Público	1			1		
Privado	12,06	10,47-13,89	0,001	63,38	52,87-75,98	0,001
Dor do parto						
Sim	1			1		
Não	6,21	5,51-7,01	0,001	14,29	12,41-16,45	0,001
Mesmo médico do pré-Natal e parto						
Sim	1			1		
Não	0,09	0,08-0,10	0,001	0,02	0,01-0,02	0,001
Hora do parto						
Das 00:00h às 05:59h	1			1		
Das 06:00h às 11:59h	1,80	1,52-2,14	0,001	3,66	2,94-4,57	0,001

Das 12:00h às 17:59h	2,59	2,19-3,07	0,001	3,66	2,92-4,57	0,001
Das 18:00h às 23:59h	2,94	2,49-3,48	0,001	5,66	4,55-7,03	0,001
Dia da semana						
Domingo	1			1		
Segunda-feira	2,32	1,88-2,87	0,001	5,25	4,01-6,89	0,001
Terça-feira	1,75	1,41-2,16	0,001	3,09	2,34-4,07	0,001
Quarta-feira	2,23	1,80-2,76	0,001	3,79	2,88-5,00	0,001
Quinta-feira	1,92	1,55-2,38	0,001	3,64	2,76-4,80	0,001
Sexta-feira	1,81	1,46-2,25	0,001	3,26	2,46-4,31	0,001
Sábado	1,45	1,16-1,81	0,001	1,76	1,30-2,38	0,001
Tempo decorrido entre internação e parto (horas)						
0-2h	1			1		
3-5h	0,41	0,35-0,47	0,001	0,27	0,23-0,32	0,001
6-11h	0,33	0,29-0,39	0,001	0,06	0,05-0,08	0,001
12h+	0,55	0,47-0,65	0,001	0,04	0,03-0,06	0,001
Gravidez planejada						
Sim	1			1		
Não	0,46	0,42-0,52	0,001	0,50	0,45-0,56	0,001
Paridade (partos)						
1	1			1		
2-4	0,47	0,42-0,52	0,001	0,94	0,83-1,06	0,29
5 ou mais	0,13	0,09-0,20	0,001	0,26	0,17-0,39	0,001

** Totais para características podem variar por causa dos valores ignorados

Quando comparadas com a idade gestacional de 39 semanas ou mais, somente parto pré-termo se manteve associado com cesariana terapêutica (3436 semanas: OR 1,37, IC95%:1,07-1,76; < 34 semanas: OR 1,70, IC 95% 1,201,40) e não mais com as cesarianas eletivas (34-36 semanas: OR 0,93, IC95%:0,69-1,27; < 34 semanas: OR 0,78, IC 95% 0,47-1,31); já os partos ocorridos entre 37 e 38 semanas mantiveram a associação com cesárea eletiva (eletivas (OR=; 1,41; C95%:1,17-1,70) (Tabela 10).

A escolaridade materna deixou de se associar ao parto cirúrgico terapêutico após ajuste, enquanto escolaridade entre 5 e 11 anos de estudo passaram a apresentar risco para parto cirúrgico eletivo (9 a 11 anos: OR=1,51, IC95%:1,17-1,94; 5 a 8 anos: OR=1,46, IC95%:1,03-2,08), quando comparadas com as mais escolarizadas. Idade materna menor de 20 anos manteve-se associada com parto cirúrgico terapêutico (OR=1,93, IC95%1,522,45) e eletivo (OR=2,43, IC95%:2,03-2,91), enquanto a idade de 35 anos ou mais deixou de ser fator de proteção para cesárea terapêutica (OR=0,91, IC95%:0,73-1,13), mas manteve-se como fator protetor para realização de parto eletivo (OR 0,64, IC95%:0,44-0,93), comparando-se com idade entre 20 e 34 anos. Situação conjugal deixou de ser associada com as categorias de parto, enquanto mães não brancas permaneceram com menor risco de parto cirúrgico, tanto terapêutico (OR=0,83, IC95%:0,71-0,96) quanto eletivo

(OR=0,81, IC95%: 0,67-0,97). Dos estratos de classe econômica que se mostraram protetores ao parto cirúrgico no modelo não ajustado, apenas os estratos C (OR=0,75, IC95%: 0,60-0,94) e D/E (OR=0,40, IC95%: 0,40-0,96) permaneceram como fator de proteção para o parto cirúrgico eletivo e não mais se associaram ao parto cirúrgico terapêutico (Tabela 10).

A categoria de atenção ao pré-natal deixou de ser fator associado às categorias de parto. Já o parto cirúrgico terapêutico permaneceu mais frequente no setor privado (OR=4,08, IC95%: 2,50-6,65), assim como a cesárea eletiva (OR=12,33, IC95%: 6,76-22,47). Internar no hospital fora do trabalho de parto também permaneceu sendo risco para realização de parto cirúrgico, tanto terapêutico (OR= 4,23, IC95%: 3,64-4,92) como eletivo (OR= 7,46, IC95%: 6,198,99). O parto não ser realizado pelo mesmo médico do pré-natal permaneceu sendo fator de proteção para parto cirúrgico quer fosse terapêutico (OR=0,53, IC95%: 0,37-0,73) ou eletivo (OR=0,46, IC95%: 0,31-0,69) (Tabela 10).

O período de realização do parto, na análise ajustada, permaneceu associado a maior risco de parto cirúrgico, tanto terapêutico quanto eletivo, em qualquer período do dia depois das 06:00 quando comparado com os partos realizados das 00:00 às 05:59. O dia da semana de ocorrência do parto manteve associação com as categorias de parto na análise ajustada, mas somente às segundas-feiras (OR=1,39, IC95%: 1,06-1,82) e quartas-feiras (OR=1,41 IC95%: 1,07-1,85) houve maior ocorrência de parto cirúrgico terapêutico. Já às segundas-feiras (OR=1,90 IC95%: 1,31-2,75), terças-feiras (OR=1,59 IC95%1,09-2,31) e quartas-feiras (OR=1,58; IC95%1,08-2,30) ocorreram mais partos cirúrgicos eletivos quando comparados com o domingo (Tabela 10).

Partos cirúrgicos terapêuticos continuaram a ocorrer com menor frequência quando realizados entre 3 a 5 horas (OR= 0,67, IC95%: 0,55-0,81) e 6 a 11 horas (OR=0,81, IC95%: 0,65-0,99) após a internação do que nas 2 primeiras horas. Da mesma forma, os partos eletivos foram menos frequentes nos intervalos entre 3 a 5 horas (OR=0,60; IC95%: 0,48-0,74), 6 a 11 horas (OR= 0,30; IC95%: 0,22-0,42) e também com 12 horas ou mais (OR=0,20, IC95%: 0,13-0,32), quando comparados com o período inicial de internação. Gestação não planejada manteve a associação com menor risco de realização de parto cirúrgico terapêutico (OR=0,84, IC95%: 0,73-0,98), mas não mais se associou com o parto cirúrgico eletivo (OR=1,18, IC95%: 0,98-1,42) (Tabela 10).

A paridade se manteve como fator associado a menor proporção de partos cirúrgicos terapêuticos quando se comparam múltiparas com primíparas (2-4 partos: OR 0,52, IC95%: 0,44-0,61; 5 partos ou mais: OR 0,23, IC95%: 0,13-0,39); já no caso da cesárea eletiva houve uma inversão em relação à análise ajustada, passando a mais frequente essa categoria de parto entre as múltiparas com 2 a 4 partos (OR=1,28, IC95%: 1,05-1,56) (Tabela 10).

Tabela 10 - Análise multimonial ajustada da associação de características maternas, da atenção à gestação e parto e características do parto com o as causas de parto (cirúrgico eletivo e terapêutico e parto vaginal). Ribeirão Preto, 2010.

Variáveis de estudo	Parto Cirúrgico*					
	Terapêutico comparado com parto vaginal			Eletivo comparados com parto vaginal		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Idade gestacional (semanas)						
≥ 39	1			1		
37-38	1,09	0,93-1,27	0,30	1,41	1,17-1,70	0,001
34-36	1,37	1,07-1,76	0,001	0,93	0,69-1,27	0,66
< 34	1,70	1,20-2,42	0,001	0,78	0,47-1,31	0,35
Escolaridade (anos de estudo)						
≥ 12	1			1		
9-11	1,25	0,99-1,58	0,06	1,51	1,17-1,94	0,001
5-8	1,06	0,79-1,40	0,72	1,46	1,03-2,08	0,03
0-4	1,01	0,65-1,55	0,97	1,65	0,95-2,87	0,08
Idade materna (anos)						
20-34	1			1		
<20	1,93	1,52-2,45	0,001	1,57	1,20-2,05	0,001
≥ 35	0,91	0,73-1,13	0,38	0,64	0,44-0,93	0,02
Situação conjugal						
Com companheiro	1			1		
Sem companheiro	1,01	0,82-1,24	0,91	1,22	0,91-1,63	0,19
Cor materna						
Branca	1					
Não branca	0,83	0,71-0,96	0,001	0,81	0,67-0,97	0,03
Classe Econômica						
A/B	1			1		
C	0,86	0,72-1,03	0,09	0,75	0,60-0,94	0,001
D/E	0,99	0,76-1,29	0,92	0,62	0,40-0,96	0,03
Categoria de assistência ao Pré-Natal						
Público	1			1		
Privado	0,83	0,55-1,27	0,39	0,96	0,57-1,64	0,89
Categoria de assistência ao Parto						
Público	1			1		
Privado	4,08	2,50-6,65	0,001	12,33	6,76-22,47	0,001
Internação em trabalho de parto						
Sim	1			1		
Não	4,23	3,64-4,92	0,001	7,46	6,19-8,99	0,001
Mesmo médico do pré-Natal						
Sim	1			1		
Não	0,52	0,37-0,73	0,001	0,46	0,31-0,69	0,001
Hora do parto						
Das 00:00 às 05:59h	1			1		
Das 06:00h às 11:59h	1,32	1,06-1,63	0,001	1,57	1,16-2,11	0,001
Das 12:00h às 17:59h	2,09	1,69-2,59	0,001	1,97	1,45-2,66	0,001

Das 18:00h às 23:59h	1,64	1,32-2,03	0,001	1,73	1,29-2,33	0,001
Dia da semana						
Domingo	1			1		
Segunda-feira	1,39	1,06-1,82	0,02	1,90	1,31-2,75	0,001
Terça-feira	1,29	0,98-1,70	0,07	1,59	1,09-2,31	0,02
Quarta-feira	1,41	1,07-1,85	0,001	1,58	1,08-2,30	0,02
Quinta-feira	1,27	0,96-1,67	0,10	1,45	0,99-2,11	0,06
Sexta-feira	1,09	0,83-1,44	0,53	1,40	0,95-2,04	0,09
Sábado	1,28	0,97-1,71	0,09	1,24	0,82-1,86	0,31
Tempo decorrido entre internação e parto (horas)						
0-2h	1			1		
3-5h	0,67	0,55-0,81	0,001	0,60	0,48-0,74	0,001
6-11h	0,81	0,65-0,99	0,04	0,30	0,22-0,42	0,001
12h+	1,14	0,92-1,43	0,24	0,20	0,13-0,32	0,001
Gravidez planejada						
Sim	1			1		
Não	0,84	0,73-0,98	0,02	1,18	0,98-1,42	0,07
Paridade (partos)						
1	1			1		
2-4	0,52	0,44-0,61	0,001	1,28	1,05-1,56	0,001
5 ou mais	0,23	0,13-0,39	0,001	1,29	0,88-2,88	0,13

*Totais para características podem variar por causa dos valores ignorados

A tabela 11 compara as taxas de cesáreas esperadas na população quando se leva em conta os critérios de Robson com as taxas observadas no presente estudo.

Tabela 11. Taxas de cesáreas estimadas pelos critérios de Robson (2001) e observadas no presente estudo.

Categorias de Robson	Taxa de Cesárea esperada	Taxa de cesárea
1- Nulípara, gestação única, cefálica, >37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.	7,9	53,9
2 - Nulípara, gestação única, cefálica, >37 semanas, com indução ou cesariana anterior ao trabalho de parto.	31,2	23,1
3- Multipara (excluindo cesariana anterior), gestação única, cefálica, >37 semanas gestacionais, em trabalho de parto espontâneo.	1,3	9,6
4- Multipara (excluindo cesariana anterior), gestação única, cefálica, >37 semanas, com indução ou cesariana anterior ao trabalho de parto.	13,6	69,1
5- Com cesárea anterior, gestação única, cefálica, >37 semanas gestacionais.	64,0	85,6
6- Todos partos pélvicos em nulíparas.	92,3	95,7
7- Todos partos pélvicos em multiparas (incluindo cesariana anterior).	66,7	93,9
8- Todas as gestações múltiplas (incluindo cesariana anterior).	63,6	0,0
9- Todas as outras apresentações anormais (incluindo cesariana anterior).	100	100,0
10- Todas as gestações únicas, cefálicas	27,2	60,2

* No presente estudo foram considerados somente os partos únicos

Verifica-se que os valores observados foram semelhantes aos esperados apenas para os critérios 6 e 9. Para os demais critérios os valores observados foram muito superiores aos esperados, exceto para o critério 2. Alguns valores observados chegaram a ser em torno de sete vezes maiores do que o esperado, como nos critérios 1 e 3; no critério 4 chegou a ser cinco vezes maior, e nos critérios 5 e 7 foi entre 30 e 40% maior do que o esperado.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A cesárea ocorreu em 58,4% dos partos, e quando avaliado se foi por indicação médica ou cirúrgica, 58,3% foram terapêuticas e 41,7% eletivas. Já avaliando o impacto do parto cirúrgico nos partos totais, encontrou-se que 33,8% foram cesáreas terapêuticas e 24,3% foram eletivas. Avaliando a idade gestacional em que foi realizada o parto, encontrou-se que, após ajuste, a cesárea foi mais frequente que parto vaginal nas gestações terminadas antes de 39 semanas, em mães adolescentes, com 9 a 11 anos de estudo, que realizaram partos no setor privado, depois de 12 horas decorridas entre internação e parto e internaram sem trabalho de parto. Em contrapartida percebe-se que ela foi menos frequente em partos realizados de madrugada, as finais de semana, incorporando às sextas-feiras, sábados e domingos, entre três e cinco horas da internação, em mães não brancas, que não realizaram pré-natal e parto com o mesmo médico e primíparas.

Como o estudo também avaliou o tipo de parto cesárea, percebeu-se que a cesárea terapêutica foi mais frequente que o parto vaginal em gestações terminadas prematuramente, mas foi menos frequente que o parto vaginal quando o parto aconteceu de quinta-feira a domingo, entre três e 11 horas de internação, em gravidez não planejada e em múltiparas.

Já a cesárea eletiva foi mais frequentes nas gestações entre 37-38 semanas, entre mães com 5 a 11 anos de estudo e múltiparas com 2 a 4 partos, e foi menos frequente em mães idosas, nas classes menos favorecidas e com tempo de internação até o parto maior que três horas.

Algumas características foram compartilhadas entre cesáreas terapêuticas e eletivas como o fato de serem mais frequentes do que parto vaginal em mães adolescentes, parto ocorrido no setor privado e fora do trabalho de parto. Ambas foram menos frequentes do que parto vaginal em mães, não brancas, partos realizados de madrugada e de quinta-feira a domingo e quando não foi o mesmo médico do pré-natal e parto.

6.1 A taxa de cesárea

Estudos mais recentes tem apontado que a taxa média de partos cesáreas no mundo é em torno de 18,6%, variando de 6,0% em regiões menos desenvolvidas a 27,2% nas regiões mais desenvolvidas. As menores taxas de cesáreas estão localizadas na África (7,3%), mais especificamente na África Ocidental (3%). Países localizados na América Latina e Caribe são os que apresentam as maiores taxas, sendo a América do Sul a que apresenta as maiores taxas do mundo, em média 42,9%, e o Brasil se sobressai, com média de 55,6% de partos cirúrgicos (BETRAN, 2016).

Coortes de nascimento que vem sendo realizadas no país e mais especificamente em Ribeirão Preto, tem demonstrado que esses valores são reais e que a incidência de partos cirúrgicos vem aumentando progressivamente, nas últimas décadas.

Ao comparar os resultados deste estudo com as duas coortes de nascimento realizadas no mesmo município foi possível perceber que a proporção de partos cirúrgicos vem apresentando um crescimento acentuado no passar do tempo, mas um movimento de desaceleração nos últimos anos. A proporção de cesáreas em 1978/79 foi de 30,3% e em 1994 foi de 50,8% dos partos (GOMES; SILVA et al 1999), sendo que em 2010, chegou a 58,4%, valor pouco acima da média no país.

Nos últimos 30 anos a taxa de cesariana quase dobrou em Ribeirão Preto, mas o maior impacto nesse valor foi originário de períodos mais remotos, visto que nos primeiros 15 anos houve um aumento absoluto de 20,5% na taxa de cesárea, enquanto que nos últimos 16 anos apenas 7,6%, apresentando uma desaceleração para quase 1/3 do período anterior.

Avaliando essa situação no mundo, tem-se que a taxa de cesárea aumentou de 6,7% em 1990 para 19,1% em 2014, o que representa um aumento absoluto de 12,4%.

Essa desaceleração não é percebida em outros estudos, sendo que nos resultados apresentados por Barros et al. (2005), que também comparou essas taxas em três coortes de nascimento, em Pelotas (RS), foi constatado que de 1992 até 2004 houve um crescimento de 15,2% na taxa de cesárea, passando de 24,6% em 1982 para 30,5% em 1993, e foi 43,2% em 2004 (BARROS et al., 2005). Sendo

assim, houve crescimento de 5,9% de 1982 para 1993, e de 12,7% de 1993 para 2004, o dobro do crescimento observado no período anterior.

Resultado do estudo Nascer no Brasil, que foi um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas (23.894 mulheres) e seus recém nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, também apresentou taxas de cesariana acima de 50% (51,9%). Mas quando avaliadas exclusivamente as mulheres de risco obstétrico habitual (mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré- gestacional, não obesas - IMC < 30, HIV negativas, com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g e entre o 5º e 95º percentil de peso ao nascer por idade gestacional) a taxa de cesárea decresceu para 45,5% e o parto normal sem intervenção aumentou de 5,0% para 5,6% (LEAL et al., 2014; CECATTI, 2014).

Em 1978 Ribeirão Preto já apresentava uma taxa de cesariana que era o dobro do limite estipulado pelo OMS, 15%. E mesmo utilizando a referência ajustada por meio dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil para a população brasileira apresentada por Cecatti et al. (2014), de 25% a 30%, Ribeirão Preto extrapolava esse parâmetro em 1978, já anunciando um crescimento acima do esperado para o país.

Os autores Souza e Pileggi-Castro (2014) relatam que o Brasil tem se aproximado dos estágios finais da transição obstétrica, onde o parto cesárea, em alguns hospitais, já passou a ser regra ao invés de exceção, e que mais do que apenas uma taxa sobre a via de parto, a alta taxa de cesáreas indica o grau de hipermedicalização dos hospitais e do local onde se situam.

Amparando-se nesses resultados, percebe-se que Ribeirão Preto há 35 anos já apresentava valores alarmantes, indicadores de um alto grau de hipermedicalização, passando a partir de 1994 ter mais partos cesáreos que vaginais, possibilitando a inferência que o limiar máximo transição obstétrica está próximo de ser alcançado, visto que iniciou um processo de desaceleração, apesar de permanecer em patamares bem acima do esperado.

Em um estudo financiado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em 2007, que procurou identificar os fatores relacionados com a escolha da via de parto pela mulher, especificamente nos serviços privados de saúde, considerando a opinião das mulheres no início da gravidez, fim da gravidez e hora do parto, percebe-se que,

no início da gravidez, apenas 30% das mulheres referiram preferir cesárea, enquanto que no fim da gravidez, a proporção se inverteu e 70% das mulheres já referiam ter decidido pela cesárea, o que denota uma significativa influência do pré-natal (escolha própria, compartilhada com o médico ou apenas do médico) e na hora do parto. 88% das mulheres foram submetidas a uma cesariana, sendo que 92% delas foram realizadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto. Este mesmo estudo constatou que 92% das indicações médicas foram inadequadas em função da ausência de uma prova de trabalho de parto. Além disso, identificou-se que o manejo do trabalho de parto, quando ocorreu, também foi inadequado (LEAL et al., 2014).

Esse mesmo estudo demonstrou que as intervenções médicas nos partos ocorrem de forma excessiva sobre o trabalho de parto e o parto vaginal. Os resultados encontrados apontam que apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas nesse grupo deram à luz de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto. A infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foram técnicas muito utilizadas para provocar a aceleração do trabalho de parto. Ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres de risco habitual, sendo mais frequente nas mulheres do setor público, de mais baixa escolaridade (LEAL et al., 2014).

Comparando esses valores com o encontrado neste estudo, tem-se que 51,3% das mulheres que internaram em trabalho de parto realizaram parto vaginal sem indução, enquanto apenas 4,1% das mulheres que internaram sem estar em trabalho de parto realizaram parto vaginal sem indução. Por outro lado, avaliando o trabalho de parto e a indução, percebe-se que chegar em trabalho de parto e ter indução com uso de soro e medicação favoreceu aumento de 25,8% na ocorrência de partos vaginais, que passaram a representar 77,1% dos partos.

A cesárea é um problema complexo e multifatorial, cujas causas incluem diversos fatores, entre outros, o protagonismo dos obstetras na assistência ao parto, as armadilhas do sistema de saúde que tornam a cesárea mais conveniente para muitos profissionais de saúde e a percepção de considerável parcela da população sobre uma possível superioridade dessa via de parto (BARROS, 2011)

Os partos cesáreas sofrem a influência, não só de indicações médicas devido a situação fetais, como sofrimento fetal ou situação materna, como doenças

maternas, mas também sem indicações médicas, as cesáreas eletivas, como o pedido da mãe (BARROS et al., 2011).

As altas taxas de cesárea geram preocupação, pois complicações decorrentes do parto podem ser permanentes para mãe e filho, gerando invalidez e até morte, principalmente quando há restrições das instalações onde se realiza o parto, falta de capacitação para realizar a cirurgia de forma segura, e dificuldades de tratar as complicações cirúrgicas (TEMMERMAN, 2016).

A oscilação de taxas de cesárea nos diversos países demanda avaliação específica para cada realidade. Um ponto importante é que, países com altas taxas como o Brasil, onde mais de 50% dos nascimentos foram por cesárea, pode não ser seguro ou aconselhável atingir a taxa indicada pela OMS de 15% de partos cirúrgicos, a curto prazo. Como há no país um grande número de mulheres com cesárea anterior, numa nova gestação poderá haver a necessidade de cesárea de repetição, mesmo que haja incentivo ao parto vaginal. Outro ponto importante que influencia no protelamento do alcance desse patamar, é a falta de experiência com partos vaginais, entendendo que o alcance desses valores de parto cirúrgico não aconteceu repentinamente e sim vem sendo ampliado a cada dia. É fundamental então o desenvolvimento e implementação de formação adequada e manutenção de habilidades em partos vaginais, a fim de promover o uso alternativo do fórceps e vácuo-extrator como uma alternativa segura para cesárea (BETRAN. 2015)

6.2 A cesárea por indicação médica e eletiva

Sakala (1993) já discutia o cenário das cesáreas desnecessárias, apresentando três grandes linhas de investigação da literatura sobre o fenômeno das altas taxas de cesarianas, ressaltando a necessidade de entender com propriedade as causas dos partos cesáreos, suas consequências e estratégias para redução desse aumento.

A desproporção cefalopélvica (DCP) aparece no cenário crescente da cesariana como uma das mais frequentes indicações de parto cirúrgico, porém frequentemente é diagnosticada de forma inadequada. Para se ter um diagnóstico mais preciso de desproporção cefalopélvica, é necessário que a gestante esteja em

trabalho de parto, e assim o diagnóstico seja baseado nos dados de sua evolução e conforme registro no partograma (PENN, 2001).

O acesso a ultrassonografia, a pelvimetria e outros testes, para embasar a conduta clínica do médico, apresentam limitações em sua capacidade de prever falha na progressão do trabalho de parto, e portanto, acompanhar o trabalho de parto ainda é a melhor forma de evidenciar desproporção céfalo-pélvica (CONITEC 179, 2016).

Estudos utilizados para embasar as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (2016) tem apontado que as evidências mais recentes sobre a evolução do trabalho de parto, apresentam “limites menos rígidos para documentar falha de progressão, não havendo obrigatoriedade de intervir em um trabalho de parto que se estenda além dos limites habituais”, uma vez que mãe e concepto encontram-se bem (CONITEC 179, 2016).

Os principais fatores de riscos para cesariana por desproporção cefalopélvica são: estimativa de peso fetal acima de 3.000g (OR=3,96; IC95%=2,06-7,63), índice de massa corpórea (IMC) maior ou igual a 25 kg/m² (OR=5,06; IC95%=1,67-15,34), nuliparidade (OR=2,98; IC95%=1,31-6,78) e pelvimetria clínica inadequada (OR=8,49; IC95%=1,01-71,78) (PENN, 2001; SURAPANTHAPISIT; THITADILOK W, 2006)

Já relacionado a prematuridade, não há consenso sobre o melhor modo de nascimento de fetos pré-termo, sendo indicado individualizar a conduta, considerando a idade gestacional, integridade de membranas, posição fetal e comorbidades. (CONITEC 179, 2016).

A cesariana aparece como prevalente nessas condições quando se considera outros fatores, como: apresentação pélvica, sinais de sofrimento fetal e a expectativa de sobrevida após o parto.

A apresentação pélvica ocorre em 4% do total de gestações únicas. A versão cefálica externa é uma opção para fetos em apresentação pélvica (NICE, 2011).

Estudos de Van Veelen et al. (1989) e Hofmeyr (2001) relacionados a apresentação pélvica, e que subsidiaram a discussão das diretrizes de cesariana, excluindo as cesarianas de urgência, intraparto ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a doença específica mostraram que, houve uma redução de 60% dos partos não cefálicos utilizando-se versão cefálica externa em mulheres com gestação pélvica com mais de 36

semanas (n=1308), comparativamente com aquelas em que essa versão não foi utilizada (n=1.305, RR=0,42, IC 95% 0,29-0,61). A versão cefálica externa também foi associada a uma redução nas taxas de operação cesariana (n=1.305; RR=0,57; IC 95% 0,40-0,82) (VAN VEELLEN et al., 1989; HOFMEYR, 2001; CONITEC 179, 2016.).

Em alguns países, a frequência de cesarianas por apresentação pélvica pode chegar a 80%, e esse fato é justificado porque o parto pélvico pode se associar ao aumento da morbimortalidade neonatal (HANNAH et al., 2000). Outro dado importante é que o risco de morbidade neonatal no parto pélvico vaginal varia de 0 a 35 por 1.000 nascimentos. Em ensaio clínico randomizados para cesariana eletiva e parto vaginal encontrou-se que a cesariana apresenta menor risco para morte perinatal/neonatal e morbidade neonatal grave (RR=0,33; IC95%=0,19-0,56), à custa de aumento do risco para complicações maternas (RR=1,29; IC95%=1,03- 1,61). Entretanto, os autores ressaltam a necessidade de traçar estratégias para melhorar a assistência ao parto pélvico (HOFMEYR; HANNAH, 2008)

Em 2001, o *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG), recomendava que a cesariana fosse realizada nas gestantes com fetos em apresentação pélvica, contudo, essa recomendação foi posteriormente criticada (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010). No Brasil, a diretriz vigente recomenda que:

Em apresentação pélvica, é recomendada versão cefálica externa com 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas. Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externa não é recomendada. A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal. Quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto (CONITEC 179, 2016)

Estudos tem demonstrado que cada vez mais a opinião materna tem contribuído para o aumento de partos cirúrgicos (YOUNG, 2006; WEAVER et al., 2007; GHOLAMI, SALARILAK, 2013). Estudos realizados em países como Canadá, Reino Unido, Austrália e Suécia identificaram que entre 6% e 15% das gestantes referiram preferir o parto cesárea ao vaginal (GAMBLE; CREEDY, 2001; PEVZNER et al., 2008, FENWICK, 2008).

Pontos que tem repercutido nessa opinião incluem o fato de as multíparas terem experiência anterior positiva com a via de parto cirúrgica, ou negativa com via de parto vaginal, o fato das gestantes terem medo de dar à luz (EDWARDS E DAVIES, 2001 ; PAKENHAM et al., 2006; WALDENSTRÖM et al., 2006; WEAVER et al., 2007), a preocupação com o bem-estar no bebê (BARROS, 2011), a possibilidade de programar o nascimento, e a superestimação de segurança por parte dos médicos, de acordo com sua própria conveniência (HOPKINS, 2000 ; . BÉHAGUE et al., 2002, KASAI, 2010).

O fato de alguns obstetras não tentarem modificar essa opinião materna, e na verdade a reforçar alegando que o parto cirúrgico reduz a lesão do assoalho pélvico, problemas fetais, ajuda na manutenção de função sexual e a conveniência médico-paciente (MAX, 2004, BARROS, 2011) também é um grande impacto para o aumento de partos cesáreos eletivos.

Quando se avalia a proporção de partos eletivos e terapêuticos encontrados neste estudo, tem-se que, os partos terapêuticos correspondem a mais de metade dos partos cirúrgicos ocorridos na cidade, 58,3%, sendo que os partos eletivos correspondem a 41,8% dos partos cirúrgicos e 24,0% dos partos totais realizados no mesmo período, demonstrando que, se avaliada somente a taxa de cesárea eletiva, ela já seria acima da quantidade de partos cirúrgicos considerada adequada pela OMS.

Os partos cirúrgicos de ordem eletiva por escolha materna ainda apresentam muita controvérsia, pois segundo Kasai (2008) a maior influência na decisão do modo de nascimento ainda está centrada nos médicos. O estudo ainda aponta que as mulheres brasileiras estão acostumadas a considerar a informação médica ao escolher um modo de nascimento, sendo esse parecer do médico o grande diferencial na sua escolha (KASAI, 2008).

A Austrália aparece nesse cenário com um dos muitos países que apresentam taxa de cesariana acima do preconizado pela OMS, e também aparece como um dos maiores contribuintes para a percentagem global de mulheres realizam cesárea eletiva de repetição (STAVROU, 2011; MCCOURT, 2007).

Uma das propostas para controlar o aumento de cesáreas eletivas de repetição, é que seja oferecida a alternativa de um parto vaginal após uma cesariana, para as mulheres que tiveram uma gravidez sem complicações (FOUREUR, 2010), apensar de isso não ser um consenso já que uma outra linha

investigativa gera preocupação em alguns obstetras, devido a possibilidade de aumento do risco de ruptura uterina, embora esses riscos sejam baixos em termos absolutos (AVERY, 2004)

Ao longo dos últimos 20 anos, a taxa de parto vaginal após cesariana vem diminuindo, sendo que nos Estados Unidos decresceu de cerca de 28% em 1996 para 8% em 2006, apesar que há a recomendação de tentativa de parto vaginal após cesariana para mulheres com história de uma cesariana anterior. Mas percebe-se que existem barreiras à oferta e aceitação de parto vaginal após parto cirúrgico, incluindo desde a preferência da paciente, a falta de instalações adequadas e falta de vontade dos médicos (METZ, 2013),

Relacionado à idade gestacional, percebe-se que nos últimos 30 anos houve alterações na via de parto segundo a duração da gestação. Na coorte estudada em 1978/1979, a proporção de partos cirúrgicos apresentava distribuição ascendente à medida que a idade gestacional aumentava, passando de 9,7% de partos cirúrgicos na idade gestacional de 32 semanas ou menos para 24,5% nas de 32 a 36 semanas, e no termo (37 a 41 semanas) representava 32,9% dos partos, chegando ao seu ápice nos pós-termos de 42 semanas ou mais, 33,9%. Após 15 anos, a coorte de 1994 já constatou uma mudança nesse perfil, onde houve um aumento global de partos cirúrgicos, mas com decréscimo até 34 semanas, aumento entre 34 e 38 semanas e decrescendo novamente (SILVA et al., 1998).

Após mais 16 anos, a coorte de 2010 demonstra que houve um aumento no número de cesarianas e conseqüentemente nas idades gestacionais, mas com proporções menores.

A idade gestacional de 32 semanas ou menos sofreu um acréscimo de 9 % e a de 37-41 um acréscimo de 13,7%. Ao ajustar o modelo tanto em 1978, quanto em 1994 perdem a associação nessa variável para todas as idades gestacionais. Já em 2010, apenas a idade gestacional de 37-38 semanas (RP=1,03; IC 95%: 1,00-1,07) que não apresenta mais associação, sendo as demais, todos risco para parto cirúrgico.

Na análise multinomial ajustada para parto terapêutico e eletivo, percebe-se que a idade gestacional se manteve como risco para parto cirúrgico terapêutico nas idades gestacionais menores que 36 semanas, e para eletiva na idade gestacional de 37 a 38 semanas demonstrando a cautela e segurança do médico em realizar o parto eletivo em fetos a termo.

Entre 2000 e 2002 países desenvolvidos como a Inglaterra e os Estados Unidos realizaram estudos que encontraram altas taxas de partos cirúrgicos eletivos em mulheres com idade gestacionais inferior a 39 semanas. Esses valores oscilaram de 36,5% nos Estados Unidos chegando a 49% na Inglaterra.

Em Ribeirão Preto essa taxa foi de 63,9% nas idades gestacionais abaixo de 39 semanas, sendo que a idade de 37 a 38 semanas corresponde a 83,5% desses valor, ou seja 53,4% das idades gestacionais de 37 a 38 semanas são cirúrgicos eletivos.

Em estudo realizado com 3794 puérperas que realizaram cesáreas, encontrou-se que aquelas que realizaram parto eletivo com 37 semanas tiveram riscos significativamente maiores de prognóstico materno adverso (OR= 1,56; CI95% 1,06-2,31); enquanto parto eletivo realizado com 39 semanas foi associado a um melhor prognóstico materno (OR=CI 0,51; IC95%: 0,36-0,72). Já as cesáreas eletivas que ocorreram entre 37 e 38 semanas tiveram riscos significativamente mais elevados de evolução neonatal desfavorável (37 semanas OR=2,02, IC 95%: 1,73-2,36; 38 semanas OR=1,39 IC95%: 1,24-1,56); enquanto nas 39 e 40 semanas apresentaram melhor resultado neonatal (39 semanas OR= 0,79, IC95%: 0,68-0,92; 40 semanas OR=0,57 IC95%: 0,43-0,75) (CHIOSSI et al., 2013).

Em estudo realizado por Robson et al., 2008 em maternidades privadas da Austrália encontrou-se que a maioria das entrevistadas relataram que haviam divulgado a razão de sua cesariana para família (93%) e amigos (88%).

O principal motivo foi: "Eu estava preocupada com riscos para o bebê " (46%). Quanto à satisfação com a experiência do nascimento por cesárea, a maioria das entrevistadas (80%) avaliou como nove ou 10 na escala de Likert. No geral, apenas 5% das entrevistadas responderam "sim" à pergunta: "você gostaria de tentar um parto vaginal no futuro?" e 87% responderem não.

Um estudo realizado nos Estados Unidos avaliando a cesárea eletiva mostrou que mais de 1/3 dos partos aconteciam antes de 39 semanas completas de gestação e que as crianças nascidas desse tipo de parto apresentavam maior risco de mortalidade e vários outros eventos. Por esse motivo, a orientação americana para parto eletivo, segundo o "*College of Obstetricians and Gynecologists*" é que não ocorra antes de 39 semanas de gestação (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007).

A morbimortalidade perinatal tem com uma das principais causas a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. É constatado que fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas (MARTINS-COSTA et al., 2002).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) estima-se que no Brasil, a cada ano, 300.000 crianças requeiram ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer e cerca de 25.000 RN prematuros de muito baixo peso precisem de assistência ventilatória na sala de parto.

Em consenso com a literatura, o Conselho Federal de Medicina, em sua resolução CFM nº 2.144/2016, também aponta a mesma orientação, para que a segurança do feto seja garantida com cesáreas eletivas realizadas somente a partir da 39ª semana de gestação (CFM, 2016).

Alguns estudos relatam que a cesárea eletiva tem sido realizada com relativa frequência nos últimos anos, podendo corresponder a até 10% de todos os nascimentos. Contudo, no caso deste estudo realizado em Ribeirão Preto quase ¼ dos partos realizados foram cesáreas eletivas, sendo aqui classificado como parto eletivo aquele que foi escolha da mãe ou do médico, a que se justificou pela cesárea anterior e a que foi programada.

Lumbiganon et al. (2010), no estudo que avalia o tipo de parto e resultados da gravidez na Ásia, revelam que na pesquisa global da OMS sobre saúde materna e perinatal em 2007-2008 as indicações comumente relatadas para parto cirúrgico foram: 24,2% cesariana anterior; 22,6% desproporção cefalopélvica, 20,5% sofrimento fetal, e 12,5% apresentação pélvica ou outra apresentação anormal.

Das entrevistadas deste estudo, 86,8% das mulheres com paridade entre dois e quatro partos e que tiveram parto cirúrgico na gestação anterior realizaram parto cirúrgico na atual, mostrando que a cidade ainda apresenta a cultura da repetição de parto cirúrgico.

6.3 Categorias de assistência ao parto: diferenciações entre setor público e privado

O Brasil tem uma situação particularmente preocupante, a taxa de cesárea apresentada é alta, mas quando avaliadas as cesáreas por categoria de assistência ao parto, esse valor aumenta consideravelmente.

Estudo originário da coorte de Pelotas (BARROS, 2011) aponta que 45% (n=1855) das puérperas tiveram cesárea, e quando avaliada a categoria de assistência ao parto, tem-se que 84% dos partos do setor privado foram cirúrgicos (BARROS, 2011). A taxa de parto cirúrgico encontrada no setor privado é muito próxima da encontrada por Almeida et al. (2008) em estudo realizado em Ribeirão Preto nos dois hospitais da cidade com maior número de partos, que encontrou que 49,8% (2889) dos partos ocorreram no hospital público, sendo a taxa de cesarianas de 18,9%; já os demais partos ocorreram no hospital privado (50,2%), onde a taxa de cesariana chegou a de 84,3%.

Em Ribeirão preto, segundo os dados da coorte de 2010, 58,4% dos partos foram cirúrgicos, e quando avaliado a categoria de assistência ao parto tem-se que 90,8% dos partos no setor privado foram cirúrgicos, valores acima dos encontrados pelos estudos acima.

Leal et al. (2014) também encontrou em seus estudos que a taxa de cesariana foi muito menos frequente no setor público, e que o excesso de cesáreas acomete principalmente as mulheres brasileiras de mais alto padrão de escolaridade, alcançando 89,9% no setor privado de saúde (LEAL et al., 2014).

Neste estudo, ao avaliar somente os tipos de parto, tem-se quando o parto foi realizado no setor privado, a quase totalidade (90,8%) foi cirúrgica. Destes, a maioria foi eletivo. Nas coortes estudadas em 1978/79 e 1994, a categoria de assistência ao parto da rede privada já se mostrava destoante, sendo que, em 1978, o risco de se fazer parto cirúrgico na rede privada era mais de quatro vezes maior (OR=4,21, IC95%:3,15-5,63) do que em hospitais da rede pública, e esse risco subiu para nove vezes (OR=9,04, IC95%: 7,1111,48) maior em 1994, no modelo não ajustado. Ao realizar o ajuste, o risco de 1978/79 permaneceu, mas se reduziu (OR=2,77; IC95%1,75-4,37) e em 1994 deixou de ter associação, sugerindo que a relação apresentada no modelo não ajustado entre cesárea e hospitais privados podia ser mediada por outros fatores não médicos (GOMES et al., 1999). Em 2010 o risco foi

quase três vezes maior (RP=2,78, IC95%: 2,66 – 2,91) de realizar parto cirúrgico do que vaginal no modelo não ajustado, se mantendo o risco ao realizar o ajuste (OR= 1,90, IC95%: 1,67-2,17).

Ao avaliar especificamente o parto cirúrgico eletivo, o risco não ajustado na rede privada chega a valores alarmantes, sendo 63,38 (IC95%: 52,87-75,98) vezes maior do que na rede pública, e a terapêutica apresentou risco alto mas cerca de cinco vezes menor que o da cesárea eletiva. Realizando ajuste esse risco passa a ser 12,33 (IC95%: 6,76-22,47) na cesárea eletiva e 4,08 (4,08 IC95%:2,50-6,65) terapêutica, o que demonstra que o parto eletivo apresentou grande impacto na taxa de cesárea no setor privado.

A cesariana é praticamente o *modus operandi* do atendimento no setor privado, e estudos também mostram que aquelas que são atendidas neste setor revelam maior nível de satisfação relacionado à relação médico/paciente. Muitas vezes a preferência pela cesárea já está presente desde o início da gravidez. Esse ponto precisa ser melhor equacionado, pois ao se avaliar o impacto da cesárea eletiva nas altas taxas de cesárea, pode-se concluir que essas mulheres não estão sendo devidamente informadas das vantagens e desvantagens da via de parto e não estão conscientes dos riscos da prematuridade e de suas consequências (CHAVES, 2014).

Alguns estudos vêm tentando explicar o porquê desse cenário no setor privado, e um dos pontos que pode explicar isso é que, no modelo de assistência médica privada, há uma estreita relação médico-paciente, onde a gestante apresenta maior condição de escolha do profissional médico, e isso favorece a realização da cesárea eletiva (GOMES et al., 1999), supondo que ela poderá escolher um profissional que se adeque à sua escolha de via de parto e que será o profissional que realizará o seu parto, sendo que essas mulheres de forma geral não aceitam ser assistidas por outro profissional no momento do parto.

Essa situação chama a atenção para outro fator que também se destaca nessas associações da assistência médica à gestação e o parto com o tipo de parto, o fato de o médico responsável pelo parto ser o mesmo do pré-natal.

Freitas et al. (2011) relata que ter parto privado e o mesmo médico no pré-natal e parto aumentaram de maneira significativa a probabilidade de ocorrer cesariana. Ter parto privado e o mesmo médico no pré-natal e parto mostraram-se

mediadoras de parte do efeito de pré-natal privado e preferência por cesariana principalmente a eletiva.

No estudo em questão, avaliando se o médico do pré-natal foi o mesmo do parto independente de a assistência ser pública ou privada, quando o médico do parto foi o mesmo do pré-natal, 90,4% dos partos foram cirúrgicos.

Almeida (2008) relata que 1/3 das mulheres que realizaram parto no setor público não completaram as 6 consultas de pré-natal e todos os partos foram realizados pelo médico que estava de plantão. Já avaliando aquelas que realizaram o parto no setor privado, 95,9% dos partos foram realizados pelo mesmo médico que realizou o pré-natal.

Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. Esse processo se inicia durante a atenção pré-natal, quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzi-rem o seu parto. No hospital, esse processo tem continuidade com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidência científica e produzem um parto ruim (LEAL et al., 2014).

6.4 Características maternas sociodemográficas

Estudos como de Gomes et al. (1999), Freitas et al. (2005) e Leal et al. (2005) já demonstravam que o parto cesáreo acontece de forma mais comum em mulheres de nível socioeconômico elevado, de cor branca, com maior escolaridade e que realizaram mais consultas de pré-natal. Autores como Behague et al. (2002) apontam em seu estudo que, independente do nível socioeconômico, a demanda por cesariana acontece devido à crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está associado à tecnologia utilizada no parto operatório.

Neste estudo encontrou-se o parto cirúrgico mais frequente em primíparas, brancas, mais escolarizadas, que realizaram pré-natal e parto no setor privado.

Dias et al. (2008), em investigação realizada com puérperas no Rio de Janeiro, constatou que 70%-80% das gestantes, no início da gestação, desejavam ter um parto normal, mas no momento do parto, apenas 30% delas ainda mantinham o desejo, sendo que apenas 10% foram submetidas ao parto vaginal. Outro ponto importante levantado pelo estudo foi de que parte dos motivos relatados pelas mulheres para realização da cesárea não coincidiam com o que estava escrito no prontuário, nem com os resultados perinatais observados (DIAS et al., 2008).

Observa-se que, apesar da preferência inicial por parto vaginal, as mulheres, principalmente do serviço privado, acabam sendo submetidas ao procedimento cirúrgico, por meio de cesáreas eletivas (HOPKINS, 2000), ou decididas nas primeiras horas após a admissão hospitalar (cesariana eletiva intraparto), onde essa mudança de preferência materna poderia ser justificada pela conduta intervencionista do médico que realizou o pré-natal, ou perfil do médico assistente ao parto, antes da existência de uma indicação obstétrica consistente (KALISH et al., 2004).

Em estudo realizado por Leal et al.(2007), quando as mulheres foram questionadas sobre os fatores que poderiam ter influenciado na preferência inicial pela via de parto, os mais citados foram o medo do parto normal (OR: 6,6; IC95%:3,9-11,1), o medo da cesariana (OR: 0,32; IC95%:0,20-0,53), as informações prévias sobre os tipos de parto (OR: 0,20; IC95%: 0,12-0,35), as histórias familiares e a preferência do parceiro por parto normal (OR: 0,43; IC 95%:0,24-0,76). Já nas multíparas, as respostas mais prevalentes foram o desejo de ligar as trompas (OR: 25,5 IC95%: 4,08- 159,35) e as experiências de gestações e partos anteriores favoráveis (OR 268; IC 95%:16,7-4300,9).

Relacionado à alta escolaridade, percebe-se que houve uma alteração na sua distribuição no decorrer das coortes realizadas em Ribeirão Preto, mas sempre as mais escolarizadas foram as mais expostas ao parto cirúrgico.

Desde a coorte de 1978, o parto cesárea já era mais presente nas escolarizadas. Mulheres com mais de 12 anos de estudo tiveram uma aumento absoluto de 40,4% de 1978 para 2010, saindo de 45,5% em 1978, 77,2% em 1994 para 85,1% em 2010, apresentando um aumento do risco, de 2,97 (IC95%: 2,44-3,63) em 1978 para (IC95%: 5,82-11,46) em 1994, sendo que no modelo ajustado

1978 apresentou um risco de 1,55 (IC95%: 1,09-2,21) e em 1994 não houve associação.

É possível identificar que o parto cesáreo já está repercutindo nas escolaridades mais baixas, sendo que em 1978, uma em cada cinco (21,9%) mulheres com menos de 4 anos de estudo realizava parto cesáreo, passando para 29,4% em 1994, e chegando a mais de uma em cada três em 2010 (36,0%).

Mulheres com melhores condições socioeconômicas, idade e escolaridade mais alta apresentam maiores chances de realizar cesárea, fato também constatado por este estudo tanto para cesárea eletiva quanto terapêutica. E a primiparidade parece ser mais frequentemente associada com uma cesárea.

O estudo de Barros et al. (2005), que comparou as três coortes realizadas em Pelotas aponta que nível de escolaridade aumentou. Quanto à idade materna, as proporções de mulheres com idade inferior a 20 anos sofreu pequeno aumento, de 15,4% em 1982, para 17,4% em 1993 e 18,3% em 2004, enquanto que na faixa etária de 20 a 34 anos não houve muita alteração (BARROS, 2005).

Avaliando os dados da coorte de nascimento de 2010, em São Luís, Maranhão, Goudard et al. (2016) encontraram alguns resultados similares ao apresentado neste estudo. A população foi predominantemente de adultas jovens de 20 a 34 anos (74,0%), com mais de 9 anos de estudo (75,3%), com companheiro (59,3%), sem hipertensão gestacional (83,6%), sem diabetes gestacional (97,9%) e atendimento do pré-natal no sistema público de saúde (81,6 %). Mas, em contrapartida, elementos como cor materna, classe econômica e paridade mostraram-se diferentes, sendo a maioria não branca (67,9%), de classe econômica C (55,2%) e com paridade de 2 a 4 gestações (46,5%) (GOUDARD, 2016).

A proporção de mães que estavam sem companheiro também aumentou, sendo que no estudo de Barros (2005) esse valor duplicou, passando de 8,2%, para 12,4% em 1993 e 16,4% em 2004 (BARROS, 2005).

Já nas coortes de Ribeirão Preto aconteceu essa mesma tendência nas mulheres sem companheiro, sendo que em 1978/79 correspondia a 22,0% dos partos cesáreas, em 1994 passou para 42,4 % e em 2010 manteve a mesma taxa de parto cesárea em mulheres sem companheiro de 42,4%, demonstrando que a situação conjugal também sofreu repercussão das altas taxas de cesárea, dobrando de 1978/79 até 1994, mas permanecendo no mesmo valor em 2010. Essa mesma tendência aconteceu nas mulheres que estavam com companheiro, havendo um

grande impacto de 1978/79 para 1994, que aumentou de 32,1% para 60,6%, mantendo esse valor em 2010, 60,9%. Nos três momentos avaliados, 1978, 1994 e 2010, quando foi realizado o ajuste essa variável não apresentou mais associação com o parto cesárea.

As altas taxas de cesarianas vem sendo discutidas em diversos estudos no decorrer dos últimos anos. Muitos desses estudos priorizam a repercussão da cesariana nas condições da criança e da mãe. É importante estudos como este para entender melhor o cenário da cesariana e assim conseguir criar estratégias que sejam mais coerentes e condizentes com essa realidade. Saber quais fatores tem se consolidado no passar dos anos e quais tem surgido e importante para que medidas adotadas tenham um real impacto nessa taxa, já que está se mostrando cada vez mais presente na população. Chegar aos patamares aceitáveis demanda de tempo e medidas coerentes com esses fatores.

Este estudo preocupou-se em apresentar os fatores associados a cesariana e ainda em distinguir o impacto segundo as cesáreas terapêuticas e eletivas, o que demonstra quanto destes partos não apresentam nenhuma indicação médica.

Uma fragilidade dos resultados aqui apresentados está relacionada à resposta do tipo de cesárea. A causa foi referida pela mãe, por aquilo que ela entendeu ou quis falar. Essa fragilidade pode ser avaliada como um ponto forte que precisa ser melhor explorado, comparando com o diagnóstico apresentado no prontuário médico, e assim se teria um resultado comparando o entendimento da mãe e o anotado pelo médico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A taxa de cesárea em Ribeirão Preto tem apresentado valores bem expressivos, mas já apresentando desaceleração nos últimos 15 anos. Essa desaceleração possibilita construir algumas hipóteses como: a cidade já está próxima de alcançar o limite possível de partos cirúrgicos ou medidas de orientações e estratégias organizadas para reduzir os partos cesáreos já tem começado a funcionar e impactar nas variáveis causadoras.

A mais provável é que os patamares máximos já estão bem próximos de serem alcançados, pois cada vez mais é possível identificar que a opinião materna, médica e categorização do serviço tem repercutido nessa taxa total, visto que é um elemento básico do parto eletivo.

Se avaliado exclusivamente o setor privado percebe-se que se tem uma taxa alta de cesáreas eletivas que podem e devem ser controladas. Atentando que a cesárea eletiva, sendo aqui classificada como aquela que apresenta dia e hora previamente agendados, não tem uma causa médica evidente, e medidas de melhor orientação materna durante o pré-natal impactariam parte dessa taxa, pois outra parte é devida à posição do médico referente ao parto, por assim conciliar seus horários e dias de melhor conveniência, conforme evidenciado nesse estudo.

Cientes que a gestante tem tendência de permanecer com o mesmo médico que realizou o seu pré-natal no parto, a opinião do mesmo sobressairá à opinião daquelas poucas gestantes que ainda não optaram pelo parto cirúrgico.

Parece um pouco taxativo, mas dados desse estudo podem confirmar que a presença do mesmo médico do pré-natal realizando o parto tem uma grande influência sobre o desfecho do parto, quando o mesmo é realizado na rede privada.

E vai-se além, o que já era evidente em alguns estudos que apontavam que isso era característico dos partos eletivos, pode ser aplicado também aos partos terapêuticos, que teoricamente são aqueles que foram realizados devido a uma situação médica que demanda de intervenção cirúrgica e cuja não realização pode gerar algum prejuízo para a mãe ou o filho.

Essa afirmação é sustentada por algumas características encontradas na distribuição da frequência de partos cirúrgicos (eletivos e terapêuticos) e vaginais,

considerando o mesmo médico, a rede de atenção ao parto, o dia e hora em que foi realizado e o tempo decorrido entre a internação e o parto.

Atentando-se que os partos cirúrgicos eletivos e terapêuticos tem condutas distintas do médico, sendo o primeiro um consenso entre médico e gestante sobre a via de parto, sem a presença de uma doença ou condição materna que demande de intervenção, e o segundo sustentado por um diagnóstico médico que demande a intervenção cirúrgica. Sendo assim, o esperado é que a categoria de assistência ao parto, o profissional envolvido e a hora e dia de ocorrência não interfiram no parto terapêutico que demanda as condições maternas e fetais para ocorrer.

Este estudo propõe uma reflexão sobre esses aspectos, quando apresenta dados que refutam a afirmativa acima, onde partos cirúrgicos eletivos e terapêuticos tornam-se idênticos no setor privado, considerando as variáveis acima expostas, e não apresentam essa mesma característica no setor público. É possível que algumas cesáreas eletivas estejam sendo falseadas por diagnósticos médicos de causa fetal e materna. Seria a única explicação plausível para o fenômeno encontrado.

O valor a princípio encontrado é de 43,1% dos partos cirúrgicos terapêuticos ocorrendo no setor privado, quase o dobro do que acontece no setor público. Já os partos eletivos, acontecem com uma frequência de 47,7% no setor privado enquanto apenas 5,6% no público, ou seja, 8 vezes mais no setor privado.

A decisão pela indicação de se realizar uma cesariana deve ser médica, com a participação ativa da mulher. Ela deve saber que existem formas alternativas para se controlar a dor possivelmente associada ao trabalho de parto e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade. Além disso, deve ser informada também de que o parto vaginal após uma cesárea (PVAC) é não só seguro, como desejável, ajudando a evitar os problemas potencialmente decorrentes de cesáreas de repetição (BRASIL, 2001, p. 33)

Os fatores socioeconômicos tem se mostrado presentes como influenciadores para o tipo de parto. Nesse estudo foi reforçada a existência de um perfil de quem são as mulheres sujeitas a esse tipo de parto, e quais que eram protegidas até pouco tempo e agora também estão realizando parto cesárea.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.C.S. et al. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. **Int J Gynaecol Obstet**, v.79, n.2, p.101-104, 2002. Disponível em:<[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00227-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00227-8)>. Acesso em: 03/07/2016.

ALMEIDA, S. et al. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n.12, p.2909-2918, 2008. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200020>>. Acesso em: 03/07/2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Cesarean delivery on maternal request. ACOG Committee Opinion Nº. 394. **Obstet Gynecol**. 2007; 110:150. Disponível em <<https://www.acog.org/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co559.pdf?dmc=1&ts=20160703T0800148985>>. Acesso em: 03/07/2016.

AMORIM, M.M.R. et al. Indicações de cesariana baseadas em evidências - Parte I. **Femina**. v.38, n.8, p.415-22, 2010.

ANSS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

ARAGAO, V. M. F. et al. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 57-63, Feb. 2004 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100019>>. Acesso em: 03/07/2016.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina [Internet]. **Projeto Diretrizes: Cesariana - Indicação**. 2002. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/diretrizes/100_diretrizes/CESARIAN.PDF>. Acesso em: 03/07/2016.

AVERY, M.D.; CARR, C.A.; BURKHARDT, P. **Vaginal birth after cesarean section: a pilot study of outcome in women receiving midwifery care**. Journal of Midwifery and Women's Health, v. 49, n. 2, p.113–117, 2004. Disponível em<[doi:10.1016/j.jmwh.2003.12.014](http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2003.12.014)>. Acesso em: 03/07/2016.

BARBOSA, L. A. H. **Obstetrícia prática**. 6 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

BARROS, A. J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 635-643, Aug. 2011. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>>. Acesso em: 03/07/2016.

BARROS, A. J. D. et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Rev Saude Publica**, v. 40, n. 3, p.1-11, 2006. Disponível em<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000300007>>. Acesso em: 03/07/2016.

BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. **Health Policy and planning**, v. 1, p. 19-29, 1986. Disponível em<<http://heapol.oxfordjournals.org/content/1/1/19.abstract>>. Acesso em: 03/07/2016.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **Lancet**, Londres, v. 365, n. 9462, p. 847-854, 2005. Disponível em<[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71042-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71042-4)>. Acesso em: 03/07/2016.

BÉHAGUE, 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. **BMJ**, v. 324, p.942-5, 2002. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7343.942>>. Acesso em: 03/07/2016.

BETRAN, A. P. et al. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. **PLoS One**, v. 9, n. 6, e97769, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>> Acesso em: 03/07/2016.

BETRÁN, A. P. et al. WHO Statement on caesarean section rates: a commentary. **BJOG**, v. 123, p. 667-670, 2016. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13526/epdf>> Acesso em: 03/07/2016.

BETRAN, A. P. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reprod Health**. v. 12, n. 57, 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496821/pdf/12978_2015_Article_43.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BETRÁN, A. P. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. Zeeb H, editor. **PLOS ONE**. v. 11, 2016. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/pdf/pone.0148343.pdf>> Acesso em: 03/07/2016.

BETRÁN, A. P. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric Perinatal Epidemiology**, v.21, n.2, p. 98-113, 2007. Disponível em<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

BETTIOL, H. et al. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 14, n. 1, p.30-8, Jan. 2000. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3016.2000.00222.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 57-60, Feb. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n2/v32n2a01.pdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

BETTIOL, H; et al. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v.14, n.1, p.30-8, Jan, 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.13653016.2000.00222.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

BOISSELIER, P. et al.. Changes in indications for cesarean section from 1977 to 1983. Apropos of 18,605 deliveries. **Journal of Gynecology Obstetrics Biological Reproduction**, v.16, n.2, p.251-6, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3584876>>. Acesso em:

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa nº 368, de 06 de janeiro de 2015** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral a Saúde da Mulher**: bases de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. 26p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus [homepage na internet]. Informações de saúde. **Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>> Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 569/GM em 1 de junho de 2000**. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 210, de 10 de março de 2015**. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/18.03.16_1.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 306, de 28 de março de 2016**. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2016/PortariaSAS_306_2016.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia

para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 1 v. (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em< http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf >. Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BURCHELL, R.C. Operacion Cesarea. In: **Perinatologia Operatória**: Técnicas Obstétricas Invasivas. Buenos Aires: Editora Medica Panamericana, 1984. p. 732-756.

CALDERON, I.M.P. et al. Prova de Trabalho de Parto Após uma Cesárea Anterior. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 24, n. 3, p.161-166. 2002.

CANGUILHEM, G. **Le normal et le pathologique**. Paris: PUF. 2009.

CAPARROZ, S. C. **O resgate do parto normal**: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Univille, 2003. . Acesso em: 03/07/2016.

CECATTI, J.G. Crenças e credices sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S33-S35, 2014 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO01S114>> Acesso em: 03/07/2016.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Cesariana**: Uma epidemia invisível. Medicina, Conselho Federal, v. 84, p. 18-19. 1997.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Resolução CFM Nº 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf> >. Acesso em: 03/07/2016.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S14-S16, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03/07/2016.

CHIOSS, I G.; LAI, Y.; LANDON, M.B. et al. Timing of Delivery and Adverse Outcomes in Term Singleton Repeat Cesarean Deliveries. **Obstetrics and gynecology**. 2013;121(3):561-569. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066022/pdf/nihms579493.pdf>>

CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS). **Relatório Diretrizes Cesariana N179** Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf> 2016>. Acesso em: 03/07/2016.

CUNHA, A. A. et al. Idade materna e cesariana. **Caderno de Ginecologia & Obstetrícia**, v.57, p. 15-8, 2000.

DIAS, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, p.1521-1534, 2008.

D'ORSI, E. et al. Quality of birth care in maternity hospitals of Rio de Janeiro, Brazil. **Revista de saúde pública**. v. 39, n.4, p.645-54, 2005. Disponível em< >. Acesso em: 03/07/2016.

D'ORSI, E. **Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro**. 2003. 113p. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

EDWARDS, G.J.; DAVIES, N.J. Elective caesarean section – the patient's choice? **Obstet Gynecol**, v. 21, n. 2, p. 128–9, 2001. Disponível em <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01443610020025994>>. Acesso em: 03/07/2016.

FAUNDES, A., CECATTI, J.G. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. **Cad Saude Publica**, v. 7, p.150-173, 1991. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>>. Acesso em: 03/07/2016.

FIALHO, C. L. B. A. S. **A Cesariana em Primíparas**: análise do perfil sócio demográfico e condições do parto. 2009. 123f. Dissertação (Curso de Mestrado) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Programa de PósGraduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro, 2009.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes. 2005.

FREITAS, P. F.; SAVI, E. P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 10, p. 2009-2020, Oct. 2011 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000014>>. Acesso em: 03/07/2016.

GAMBLE, J.A.; CREEDY, D.K. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. **Birth**. v. 28, n. 2, p. 101-110, 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2001.00101.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

GHOLAMI, A.; SALARILAK, S. Why do some pregnant women prefer cesarean delivery in first pregnancy? **Iran J Reprod Med**, v. 11, n. 4. P. 301-308, April 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941424/>>. Acesso em: 03/07/2016.

GIBBONS, L. et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. **Am J Obstet Gynecol**, v.206, n.4, p. 1-19, 2012 Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026> > . Acesso em: 03/07/2016.

GOLDANI, M. Z. et al. Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. **Am J Public Health**, v.94, n.8, p.1366-71, Aug. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448457/pdf/0941366.pdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

GOMES, U. A. et al. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: apresentação de algumas características demógrafo-sociais e da atenção médica da população estudada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, p.15-17, 1990. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100002>>. Acesso em: 03/07/2016.

GOMES, U.A. et al. 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, n. 4, p. 679-694, 1999. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/28/4/687.long>>. Acesso em: 03/07/2016.

GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; MENDONZA, R.A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 11, p. :2507-2516, 2009.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1227-1238, Apr. 2016 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/141381232015214.12512015>>. Acesso em: 03/07/2016.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. 238 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1993.

GUERRA, G.V. et al. Elective induction versus spontaneous labour in Latin America. **Bull World Health Organ**. v. 89, n. 9, p. 657-65, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862011000900012>>. Acesso em: 03/07/2016.

HANNAH, M. E. et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. **Lancet**. v. 356, n. 9239, p.1375-83, 2000.

HANSEN, A.K. et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **BMJ**, v. 336, p. 85-7, 2008. Disponível em:

<https://www.jstor.org/stable/20508666?seq=3#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 03/07/2016.

HOFMEYR, G. J. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. **Cochrane database of systematic reviews**. v.4. 2001.

HOFMEYR, G. J.; HANNAH, M. E. Planned caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, n. 4, 2008. Oxford: Update Software.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?. **Social Science and Medicine**, v. 50, p. 725–740, 2000. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699004803>>. Acesso em: 03/07/2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística. 2015

KALISH, R. B. et al. Intrapartum elective cesarean delivery: a previously unrecognized clinical entity. **Obstetrics and Gynecology**, v.103, n.6, p.1137-41, Jun, 2004.

KASAI, K.E. et al. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. **Midwifery**, v. 26, n. 3, p.319-26, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.08.001>>. Acesso em: 03/07/2016.

LAMAZE INTERNATIONAL. Six care practices that promote, protect, and support normal birth. Washington, DC: Author. Retrieved July 10, 2006, Disponível em<<http://www.lamaze.org/institute/carepractices/intro.asp>>

LEAL, M. C. et al. **Cesarianas desnecessárias**: causas, consequências e estratégias para sua redução. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, abr, 2007. 133p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/PesqCtroColab20062008_Cesarianas_desnecessarias.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 03/07/2016.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CAMPOS, M. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 20-33, 2004. Suplemento 1. Disponível em<http://arca.iciet.fiocruz.br/bitstream/iciet/738/2/LANDMANN_Amostra%20Maternidades%20Publicas%20e%20Privadas%20RJ_2004.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

LEAO, M. R. C. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.8, p.2395-2400, 2013. <[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

81232013000800024&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>.

LOKE, A.Y.; DAVIES, L.; LI, S.F. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The health belief model. **BMC Health Serv. Res.**, v.15, 274, 2015.

LUMBIGANON, P. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. **Lancet**, v. 375, p. 490–499, 2010. Disponível em <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(09\)618705.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)618705.pdf)>. Acesso em: 03/07/2016.

MARTINS-COSTA S H (org.). **Projeto diretrizes**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em <<http://www.cfm.org.br>> Acesso em: 03/07/2016.

MATIJASEVICH, A. et al. Perinatal mortality in three population-based cohorts from Southern Brazil: trends and differences. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 399-408, 2008. Suplemento 3. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s3/05.pdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

MCCOURT FOUREUR, M. J. et al. Inconsistent Evidence: Analysis Of Six National Guidelines For Vaginal Birth After Cesarean Section, **Birth**, v.37, n.1, p.3-10, 2010. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2009.00372.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

METZ, T.D. et al. How do good candidates for trial of labor after cesarean (TOLAC) who undergo elective repeat cesarean differ from those who choose TOLAC? **Am J Obstet Gynecol**, v. 208, n. 458, e1-6, 2013. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742738/pdf/nihms-454443.pdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2ª edição. São Paulo: Sarvier, 2000.

NICE. **Caeserean section**. 2011:www.nice.org.uk/guidance/CG55. London - UK.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1. Acesso em: 03/07/2016.

PAKENHAM, S.; CHAMBERLAIN, S.M.; SMITH, G.N. Women's views on elective primary caesarean section. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 28, n.2, p.1089-94, Dec; 2006. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316323350>. Acesso em: 03/07/2016.

PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**. n.45, p.185-94, 2011; Disponível em <http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/malik_-_modelo_de_assistencia_ao_parto_e_taxa_de_cesarea_em_diferentes_paises.pdf> Acesso em: 03/07/2016.

PENN, Z. Indications for caesarean section. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v.15, n.1, p.1-15, 2001.

PEVZNER, L. et al. Patients' attitudes associated with caesarean delivery on maternal request in an urban population. **American Journal of Obstetrics and Gynaecology**; v.198, p.35–37, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.10.778>>

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1514 p.

ROBSON S, CAREY A, MISHRA R, DEAR K. Elective caesarean delivery at maternal request: A preliminary study of motivations influencing women's decision-making. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v.48, n.4, p.415–20, 2008. Disponível em<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2008.00867.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

ROBSON, M.S. Classification of caesarean sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**, v.12, p. 23–39, 2001. Disponível em<<http://dx.doi.org/10.1017/S0965539501000122>>. Acesso em: 03/07/2016.

ROBSON, M.S.; HARTIGAN, L.; MURPHY, M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. v. 27, p.297–308, 2013; Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004>>

ROCHA, F. A. F. **Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 2004. 140 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

RUBIN, D.B. **Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys**. John Wiley & Sons, New York, 1987, p 15–26.

SAAS, N.; SOUZA, E.; CAMANO, L. Operação Cesariana. Análise Crítica dos Índices. **Gynaecia**, v. 3, p. 27-34, 1997. Disponível em<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>>. Acesso em: 03/07/2016.

SAIGAL, S; DOYLE, L.W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **Lancet**, v.371, n. 9608, p.261-9, 2008. Disponível em<[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60136-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60136-1)>. Acesso em: 03/07/2016.

SAKAE, TM; FREITAS, PF; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, June, 2009. Disponível em<<http://dx.doi.org/10.1590/S003489102009000300011>>

SAKALA, C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. **Soc Sci Med**, v.37, n.10, p.1177-98, Nov, 1993.

SANTOS, I. S. et al. Infant mortality in three population-based cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 451-460, 2008. Suplemento 3. Disponível em

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001500011>>. Acesso em: 03/07/2016.

SHEARER, E. Cesarean Section: Medical benefits and costs. **Soc Sci Med**, v.37, n.10, p.1223-1231, 1993.

SHEVELL, T. et al. Assisted reproductive technology and pregnancy outcome. **Obstet Gynecol**, v.106, n. 5, p.1039-1045, 2005.

SILVA, A. A. M. et al. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. **Paediatr Perinat Epidemiol**. v.15, n. 3, p.257–64, Jul, 2001.

SILVA, A. A. M. et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 7, p. 1437-1450, July 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701437&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03/07/2016.

SILVA, A. A. M. et al. Trends in low birth weight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15-year interval in Ribeirão Preto, Brazil. **Bull World Health Organ**, v.76, n.1, p.73-84, 1998. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305625/pdf/bullwho000010076.pdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

SILVA, A. A. M. et al. Which factors could explain the low birth weight paradox? **Rev Saude Publica**, v.40, n.4, p.648-655, 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500014>>. Acesso em: 03/07/2016.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014 . Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/0102311XPE02S114>>. Acesso em: 03/07/2016.

SOUZA, J.P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC medicine**, v. 8, n. 1, 71. 2010. Disponível em: < <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-8-71>>. Acesso em: 03/07/2016.

STAVROU, E.P. et al. Epidemiology and trends for caesarean section births in New South Wales, Australia: a population based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.11, n.1, 8, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/8>>. Acesso em: 03/07/2016.

SURAPANTHAPISIT, P; THITADILOK, W. Risk factors of caesarean section due to cephalopelvic disproportion. **J Med Assoc Thai**. v. 89, Suppl 4, p.105-111, 2006.

TEMMERMAN, M. Caesarean section surgical techniques: all equally safe. **Lancet**, v. 388, n. 10039, p. 8-9, 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30355-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30355-5)>. Acesso em: 03/07/2016.

THOMAZ, E. B. A. F. et al. Desfechos perinatais e alterações na cavidade bucal: coortes brasileiras de Ribeirão Preto e São Luís. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 966-970, Dec. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400966&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03/07/2016

TORLONI, M.R. et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 13, n. 1, 78, 2013. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-239313-78>>. Acesso em: 03/07/2016.

TORLONI, M.R. et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. **PLoS ONE**, v. 6, n. 1, e14566. 2011. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024323/pdf/pone.0014566.pdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

TORLONI, M.R. et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: a 20 year review. **BMJ**, v. 342, d276, 2011. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4162994/pdf/bjo0121-0548.pdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2011**. Adolescência - Uma fase de oportunidades. Caderno Brasil, 2011. 12p. Disponível em:<http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

VAN HAM, M.A., VAN DONGEN, P.W., MULDER, J. Maternal Consequences of Cesarean Section. A Retrospective Study of Intra-operative and Postoperative Maternal Complications of Cesarean Section During a 10-year period. **Eur J Gynecol Reprod Biol**, v. 74, n.1, p.1-6, 1997. Disponível em<[http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115\(97\)02725-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115(97)02725-5)>. Acesso em: 03/07/2016.

VAN VEELLEN, A.J. et al. Effect of external cephalic version in late pregnancy on presentation at delivery: a randomized controlled trial. **BJOG**, v. 96, n. 8, p. 916-921, Aug, 1989.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em<[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)>. Acesso em: 03/07/2016.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, v. 335, n. 7628: p. 1025-1036, 2007. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>>. Acesso em: 03/07/2016.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819-29, Jun 3, 2006. Disponível em<[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(06\)68704-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(06)68704-7.pdf)>. A

VOGEL, J.P.; SOUZA, J.P.; GULMEZOGLU, A. M. Patterns and outcomes of induction of labour in Africa and Asia: a secondary analysis of the WHO Global

Survey on Maternal and Neonatal Health. **PLoS One**, v. 8, n. 6, e65612, 2013. Acesso em: 03/07/2016.

VOGEL, J.P. et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **The Lancet Global health**, v. 3, n. 5, p. 260–270, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)70094-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)70094-X.pdf)>. Acesso em: 03/07/2016.

WALDENSTROM, U.; HILDINGSSON, I.; RYDING, E.L. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent cesarean section and experience of childbirth. **BJOG**, v. 113, p. 638–646, 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

WAX, J.R. et al. Patient choice cesarean: an evidence-based review. **Obstet Gynecol Surv**, v. 59, n. 8, p. 601–616, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15277895>>. Acesso em: 03/07/2016.

WEAVER, J.J.; STATHAM, H.; RICHARDS, M. Are there “unnecessary” caesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about caesarean sections for nonclinical indications. **Birth**, v. 34, p. 32–41, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2006.00144.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva: World Health Organization; 2015.

YOUNG, D. “Caesarean delivery on maternal request”: was the NIH conference based on a faulty premise? **Birth**, v. 33, p. 171–174, 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2006.00101.x/epdf>>. Acesso em: 03/07/2016.

ZWELLING, E. The emergence of high-tech birthing. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 37, n. 1, p. 85–93, 2008

APÊNDICES

APÊNDICE A – Quadro 3 - Reclassificação de Outras causas para causas fetais

SOFRIMENTO FETAL	DESPROPORÇÃO FETAL	DISTÓCIA DE APRESENTAÇÃO	PÓS-MATURIDADE	OUTRAS CAUSAS FETAIS
RN com baixo crescimento pela IG	Bacia estreita / grande / muito grande	Apélvico	Placenta envelhecida	Artéria umbilical única
Barriga pequena da mãe	Feto com oligogroma	RN transverso	Placenta em falência	Centralização fetal
RN parou de ganhar peso	Hidrocefalia	RN pélvico	Placenta madura	Displasia óssea em investigação
RN parou de mexer	Perímetro cefálico grande do RN	RN sentado	Pós datismo	Polidramnio
RN prematuro	Macrossomia fetal	RN fora de posição	Placenta calcificada	Mal formação fetal
Circular de cordão	Quadril não abriu	RN saiu da posição	Placenta grau I,II,III	Sopro do RN
Descolamento prematuro de placenta	Tamanho do RN	RN virou	Amadureceu a placenta	Mal formação cardíaca
Alteração na quantidade de líquido amniótico		Posição do feto		RN com Alteração cardíaca
Exame alterado				
Oligohidrânio				
Oligodrânio				
RCIU				
SFA				
Parto prematuro				
Bolsa rota				

APÊNDICE B – Quadro 4 - Reclassificação de Outras causas para causas maternas

HEMORRAGIA MATERNA	PARADA DE PROGRESSÃO	ECLÂMPSIA/PRÉECLÂMPسيا	OUTRAS CAUSAS MATERNA	
Colo desfavorável	Feto alto	DGH	Abcesso reto-vaginal	Ligamento na bacia
Descolamento de placenta	Feto não desceu	Hipertensão na gravidez anterior	Anasarca	Mãe deficiente físico
Sangramento	RN não queria sair	Mãe muito inchada	Anemia e problemas com tireóide	Miomas
Placenta na frente do RN	RN não estava encaixado	PA alta no dia do parto	Cardiopatia materna	Mãe refere Hepatite C
Placenta prévia	Colo do útero estava fechado	Mãe com muito edema	Cerclagem	Para fazer Miectomia
	Colo do útero virou		Cirurgia bariátrica anterior	Paralisia infantil materna
	Colo grosso		Cirurgia abdominal recente	Pielonefrite
	Falta de dilatação		Cirurgia anterior	Pino do fêmur
	Não tinha passagem		Cirurgia de Hemorroidas recente	Problemas na coluna da mãe
	Não entrou em trabalho de parto		Cirurgia de intestino recente	Problemas circulatórios materno
			Cisto no pâncreas, ovariano	Prolapso de válvula mitral
			Cisto ovariano	Talassemia
			Condilomatose genital	Varizes na vagina
			Crise convulsiva	Fratura de bacia e púbis
			HIV	Hérnia abdominal
			HPV	Hérnia inguinal
			Doença renal + ITU grave	Infecção urinária, uterina
			Embolia	Endometriose
			Flebite em MMII	Hemorroidas
			Trombofilia	Insuficiência mitral

APÊNDICE C - Quadro 5 - Reclassificação de Outras causas para causas eletivas

CESÁREAS ANTERIORES	MÃE PEDIU	MÉDICO QUIS	CESÁREA PROGRAMADA
3ª cesárea	Mãe não quis parto normal	Médico quis	Idade materna
Recente a cesárea anterior	Mãe pediu	Não foi possível após fórceps	Indicação Médica
	medo de parto normal	Médico disse que o parto não estava evoluindo	
	Mãe não quis esperar		
	Mãe pagou pela cesárea		
	Não aguentou entrar em trabalho de parto		
	Sentia muitas dores e não aguentava mais		
	Mãe não conseguia fazer força		
	Mãe não conseguiu normal		

APÊNDICE D –Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de parto e dia de ocorrência do parto. Ribeirão Preto, 2010.

Dia de ocorrência do parto	Categoria do parto											
	Público						Privado					
	Motivo da Cesárea						Motivo da Cesárea					
	Cesárea Terapêutica		Cesárea Eletiva		Parto Vaginal		Cesárea Terapêutica		Cesárea Eletiva		Parto Vaginal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DOMINGO	107	9,7	17	7,3	405	14,3	93	6,5	65	4,1	38	12,4
SEGUNDA-FEIRA	166	15,1	47	20,3	385	13,6	293	20,5	379	23,9	52	17,0
TERÇA-FEIRA	173	15,7	46	19,8	453	16,0	218	15,2	238	15,0	44	14,4
QUARTA-FEIRA	196	17,8	31	13,4	395	13,9	250	17,5	280	17,7	47	15,4
QUINTA-FEIRA	157	14,3	29	12,5	410	14,5	237	16,6	277	17,5	42	13,7
SEXTA-FEIRA	155	14,1	42	18,1	396	14,0	209	14,6	228	14,4	49	16,0
SABADO	147	13,4	20	8,6	393	13,9	132	9,2	119	7,5	34	11,1

APÊNDICE E – Distribuição dos partos vaginais e cirúrgicos (terapêuticos e eletivos) segundo categoria de parto e período decorrido entre a internação e o parto. Ribeirão Preto, 2010.

Intervalo parto cirúrgico e vaginal	Categoria do parto											
	Público						Privado					
	Motivo da Cesárea						Motivo da Cesárea					
	Cesárea Terapêutica		Cesárea Eletiva		Parto Vaginal		Cesárea Terapêutica		Cesárea Eletiva		Parto Vaginal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-2horas	172	16,5	79	35,1	741	28,1	1068	76,5	1274	80,9	134	46,2
3-5horas	233	22,3	82	36,4	722	27,4	242	17,3	264	16,8	103	35,5
6-11horas	308	29,5	50	22,2	721	27,3	54	3,9	23	1,5	42	14,5
12+horas	332	31,8	14	6,2	455	17,2	32	2,3	14	0,9	11	3,8

ANEXOS

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

<p style="font-size: small; color: green;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> <p style="color: blue;">www.hcrp.fmrp.usp.br</p>
<p>Ribeirão Preto, 13 de novembro de 2008</p>		
<p>Ofício nº 4116/2008 CEP/RCC</p>		
<p>Prezados Professores,</p>		
<p>O trabalho intitulado “FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTOS EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS”, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 276ª Reunião Ordinária realizada em 10/11/2008, e enquadrado na categoria: <u>APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.</u></p>		
<p><i>Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.</i></p>		
<p><i><u>Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.</u></i></p>		
<p style="text-align: center;">Atenciosamente.</p>		
<div style="text-align: center;"> <p>PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP</p> </div>		
<p>Ilustríssimos Senhores PROF. DR. MARCO ANTONIO BARBIERI PROFª. DRª. HELOISA BETTIOL Depto. de Puericultura e Pediatria</p>		
<p style="font-size: x-small; text-align: center;">Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP- Campus Universitário FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4 Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto - SP</p>		

ANEXO B - Questionário do Nascimento - Mãe**BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO****1A. Número de identificação:** _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:1. ☐ Ribeirão Preto2. ☐ São Luís

CIDADE

3A. Coorte1. ☐ Iniciada no Pré-natal2. ☐ Iniciada no Nascimento

COORTE

4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DATAENT

Entrevistador (a) : _____**5A. Hospital de Nascimento:**

SÃO LUÍS	RIBEIRÃO PRETO
1. ☐ HU Materno- Infantil	12. ☐ Hospital das Clínicas
2. ☐ Benedito Leite	13. ☐ Hospital Ribeirânia
3. ☐ Marly Sarney	14. ☐ Hospital São Lucas
4. ☐ Santa Casa	15. ☐ Hospital Santa Lydia
5. ☐ Maria do Amparo	16. ☐ Hospital Santa Casa
6. ☐ N Sra. da Penha	17. ☐ Mater
7. ☐ Clínica São Marcos	18. ☐ H. Sinhá Junqueira
8. ☐ Clínica Luiza Coelho	19. ☐ Hospital São Paulo
9. ☐ Hospital S Domingos	
10. ☐ Hospital Aliança	
11. ☐ Clínica São José	

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

NOMEMAE

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNMAE

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

8A. Idade da mãe do RN __

99. ☐ Não sabe

IDADEMAE

--	--

9A. Qual a idade do pai do bebê? __

99. ☐ Não sabe

IDADEPAI

--	--

10A. Qual o nome da avó materna do bebê?

NOMEAVO

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

LERMAE

☐

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 6C**
9. ☐ Não sabe

ESCOLMAE

☐

3C. A sra. ainda estuda ?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MAEESTUDA

☐

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6C**
5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 6C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CURSOMAE

☐

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

SERIEMAE

☐

6C. Qual a cor da sua pele?

1. ☐ branca
2. ☐ preta/negra
3. ☐ parda/mulata/cabocla/morena
4. ☐ amarelo/oriental
5. ☐ indígena

CORMAE

☐

9. ☐ não sabe

7C.Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. ☐ Casada

2. ☐ União consensual (Mora junto)

3. ☐ Solteira

4. ☐ Separada/desquitada/divorciada

5. ☐ Viúva

9. ☐ Não sabe

SITCONMAE

☐

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). _ _

99. ☐ Não sabe

PESSOAS

☐ ☐

9C.A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

MORACOMP

☐

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 12C**

9. ☐ Não sabe

MORAFILHO

☐

11C. Caso sim, com quantos filhos? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFILHOS

☐ ☐

12C. A sra. mora atualmente com outros familiares?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 14C**

9. ☐ Não sabe

MORAFAM

☐

13C. Caso sim, com quantos familiares? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFAM

☐ ☐

14C. A sra. mora atualmente com outras pessoas que não são familiares?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 16C**

9. ☐ Não sabe

MORANFAM

☐

15C. Caso sim, com quantos não familiares? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTNFAM

☐ ☐

16C. A sra. tem alguma religião ou culto?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

TEMRELIG

☐

17C. Caso tenha alguma religião, qual é a sua religião?

1. ☐ Católica
 2. ☐ Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de Deus, Bethesda, Universal, Adventista, Testemunha de Jeová, Luterana.
 3. ☐ Espírita/Kardecista
 4. ☐ Umbanda/Candomblé
 5. ☐ Judaica
 6. ☐ Orientais. Ex: Budista
 7. ☐ Outra, Qual? _____
 88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

RELIGIAO

☐ ☐

18C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 26C**
 9. ☐ Não sabe

ATIVREM

☐

CASO NÃO TENHA ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO SAIBA, PASSE PARA A QUESTÃO 26C

19C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

OCUPMAE

☐ ☐

20C. Qual a sua relação de trabalho?

1. ☐ Trabalha por conta própria
 2. ☐ Assalariado ou empregado
 3. ☐ Dono de empresa-empregador
 4. ☐ Faz bico
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

RELACAO

☐

21C. Quantos dias por semana a sra. trabalhava com remuneração durante a gestação? _

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

DIATRAB

☐

22C. Nos dias de trabalho remunerado durante a gestação, quantas horas por dia a sra. trabalhava? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORATRAB

23C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TRABPE

24C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que levantar coisas pesadas?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

LEVPESO

25C. Há quantas semanas atrás a sra. parou de trabalhar? __

00. ☐ menos de 1 semana

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

PAROUTRAB

26C. Na sua casa, quem faz o trabalho de casa para sua família?

1. ☐ A sra. faz todo trabalho

2. ☐ A sra. faz parte do trabalho

3. ☐ Outra pessoa

9. ☐ Não sabe

TRABCASA

27C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?
(considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. ☐ A entrevistada **Passe para a questão 36C**

2. ☐ Companheiro

3. ☐ Mãe

4. ☐ Pai

5. ☐ Avó

6. ☐ Avô

7. ☐ Madrasta

8. ☐ Padrasto

9. ☐ Tia

10. ☐ Tio

11. ☐ Irmã

12. ☐ Irmão

13. ☐ Outro _____

99. ☐ Não sabe

CHEFE

☐☐

28C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. ☐ Masculino

2. ☐ Feminino

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

SEXOCHEFE

☐

29C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDCHEFE

☐☐

30C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

LERCHEFE

☐

31C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 34C**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

ESCCHEFE

☐

32C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

- 1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
- 2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
- 3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
- 4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 34C**
- 5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 34C**
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

CURSOCHefe

☐

33C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

- 1. ☐ Primeira
- 2. ☐ Segunda
- 3. ☐ Terceira
- 4. ☐ Quarta
- 5. ☐ Quinta
- 6. ☐ Sexta
- 7. ☐ Sétima
- 8. ☐ Oitava
- 88. ☐ Não se aplica
- 99. ☐ Não sabe

SERIECHefe

☐☐

34C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

-
- 88. ☐ Não se aplica
 - 99. ☐ Não sabe

OCUPCHefe

☐☐

35C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

- 1. ☐ Trabalha por conta própria
- 2. ☐ Assalariado ou empregado
- 3. ☐ Dono de empresa-empregador
- 4. ☐ Faz bico
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

RELCHefe

☐

36C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ __. __. __. __.

2ª pessoa R\$ __. __. __. __.

3ª pessoa R\$ __. __. __. __.

4ª pessoa R\$ __. __. __. __.

5ª pessoa R\$ __. __. __. __.

A família tem outra renda? __. __. __. __.

Renda total R\$ __. __. __. __.

99999. ☐ Não sabe

RENDAF

☐☐☐☐☐

Quanto itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

37C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

TELEVISAO

☐

38C. Rádio	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

RADIO

☐

39C. Banheiro	0	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---

BANHEIRO

☐

40C. Automóvel	0	4	7	9	9
----------------	---	---	---	---	---

AUTOMOVEL

☐

41C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
---------------------------	---	---	---	---	---

EMPREGADA

☐

42C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---

MAQLAVAR

☐

43C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
--------------------------	---	---	---	---	---

DVD

☐

44C. Geladeira	0	4	4	4	4
----------------	---	---	---	---	---

GELADEIRA

☐

45C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

FREEZER

☐

46C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

INSTRUCAO

☐

BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 14D**
 9. ☐ Não sabe

CERVEJA

☐

2D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja nos três primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 6D**
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

CERVEJA1T

☐

3D.Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

DIACERV1T

☐

4D.Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

QTCERV1T

☐ ☐

5D.Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
 2. ☐ Lata (350ml)
 3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. ☐ Garrafa (600-720ml)
 5. ☐ Outro
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

TIPOCERV1T

☐

6D. Durante a gravidez a sra tomou cerveja dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 10D**
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

CERVEJA2T

☐

7D.Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

DIACERV2T

☐

8D.Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

QTCERV2T

☐ ☐

9D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Lata (350ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOCERV2T

☐

10D. Durante a gravidez a sra. tomou cerveja dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 14D**

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CERVEJA3T

☐

11D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIACERV3T

☐

12D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTCERV3T

☐ ☐

13D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Lata (350ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOCERV3T

☐

14D. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 27D**

9. ☐ Não sabe

VINHO

☐

15D. Durante a gravidez a sra tomou vinho nos três primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 19D**

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

VINHO1T

☐

16D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIAVINHO1T

☐

17D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

18D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)

3. ☐ Garrafa pequena (300ml)

4. ☐ Garrafa (600-720ml)

5. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

19D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 23D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

20D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

21D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

22D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)

3. ☐ Garrafa pequena (300ml)

4. ☐ Garrafa (600-720ml)

5. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

23D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 27D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

24D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

25D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTVINHO1T

☐ ☐

TIPOVINHO1T

☐

VINHO2T

☐

DAVINHO2T

☐

QTVINHO2T

☐ ☐

TIPOVINHO2T

☐

VINHO3T

☐

DAVINHO3T

☐

QTVINHO3T

☐ ☐

26D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)
3. ☐ Garrafa pequena (300ml)
4. ☐ Garrafa (600-720ml)
5. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOVINHO3T

☐

27D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 40D**
9. ☐ Não sabe

DEST

☐

28D. Durante a gravidez a sra. Tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum nos primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 32D**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DEST1T

☐

29D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIADDEST1T

☐

30D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

QTDEST1T

☐ ☐

31D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)
2. ☐ Cálice, taça (400 ml)
3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)
4. ☐ Lata (350ml) retirar
5. ☐ Garrafa pequena (300ml)
6. ☐ Garrafa (600-720ml)
7. ☐ Outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPODEST1T

☐

32D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 36D**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DEST2T

☐

33D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIADEST2T

☐

34D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST2T

☐ ☐

35D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml)

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST2T

☐

36D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 40D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DEST3T

☐

37D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIADEST3T

☐

38D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST3T

☐ ☐

39D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml)

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST3T

☐

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

40D. A sra. tem ou teve o hábito de fumar cigarros?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 51D**

9. ☐ Não sabe

HABITOFUMO

☐

41D. Com que idade a sra. começou a fumar cigarros? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDADEFUMO

☐ ☐

42D. Se a sra. parou de fumar, com que idade parou? _ _

88. ☐ Não se aplica ou ainda fuma

99. ☐ Não sabe

IDADEPAROU

☐ ☐

43D. Se a sra. parou, quantos cigarros por dia em média a sra. costumava fumar? _ _

88. ☐ Não se aplica ou ainda fuma

99. ☐ Não sabe

NCIGPAROU

☐ ☐

44D. No período de 6 meses antes desta gravidez a sra. fumava?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOANTES

☐

45D. A sra. fumou durante esta gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 51D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOGRAV

☐

46D. A sra. fumou do 1º ao 3º mês de gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMO1T

☐

47D. A sra. fumou do 4º ao 6º mês de gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMO2T

☐

48D. A sra. fumou do 7º mês de gestação até o final?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMO3T

☐

49D. Durante a gravidez a sra. fumava todos os dias?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMODIA

☐

50D. Quantos cigarros a sra. fumava por dia? __ __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFUMO

☐ ☐

51D. A sra. convive em casa com outras pessoas que fumam?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 54D**

9. ☐ Não sabe

FUMOCASA

☐

52D. Quantas pessoas que residem com a sra. fumam? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTFUMCASA

☐

53D. Estas pessoas fumam perto da sra. em sua casa?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOPERTO

☐

54D. E no trabalho, as pessoas fumam perto da sra.?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOTRAB

☐

55D. Caso a sra. tenha ficado próxima a pessoas que fumam, quantas horas por dia fica perto de fumantes?

1. ☐ Menos de 1 hora por dia

2. ☐ Mais de 1 hora por dia

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

HORASFUMO

☐

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de café.

56D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana durante a gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 1E**

9. ☐ Não sabe

CAFE1T

☐

57D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana nos 3 primeiros meses da gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 61D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CAFE1T

☐

58D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCAFE1T

☐

59D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE1T

☐ ☐

60D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá

2. ☐ xícara de cafezinho

3. ☐ meia taça

4. ☐ copo comum – 200 ml

5. ☐ outro _____

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCAFE1T

☐

61D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 4 aos 6 meses da gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 65D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CAFE2T

☐

62D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCAFE2T

☐

63D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE2T

☐ ☐

64D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá

2. ☐ xícara de cafezinho

3. ☐ meia taça

4. ☐ copo comum - 200 ml

5. ☐ outro _____

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCAFE2T

☐

65D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 1E**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CAFE3T

☐

66D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCAFE3T

☐

67D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE3T

☐ ☐

68D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá
 2. ☐ xícara de cafezinho
 3. ☐ meia taça
 4. ☐ copo comum - 200 ml
 5. ☐ outro
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

QTCAFE3T

☐

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? _ _

88. ☐ Não se aplica – não tem companheiro atual

99. ☐ Não sabe

IDCOMP

☐ ☐

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

LERCOMP

☐

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 6E**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

ESCCOMP

☐

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**
5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CURSOCOMP

☐

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica

SERIECOMP

☐

99. ☐ Não sabe

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 1F**
8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TRABCOMP

☐

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

OCUPCOMP

☐

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. ☐ Trabalha por conta própria
2. ☐ Assalariado ou empregado
3. ☐ Dono de empresa-empregador
4. ☐ Faz bico
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RELCOMP

☐

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Em que mês de gestação a sra. soube que estava grávida?

—

9. ☐ Não sabe

MESGRAV

☐

2F. Que idade a sra. tinha quando menstruou pela primeira vez? _ _

IDMENARCA

☐ ☐

99. ☐ Não sabe

3F. Qual era sua idade quando a sra. teve sua primeira relação sexual? _ _

IDRELSEX

☐ ☐

99. ☐ Não sabe

4F. Que idade a sra. tinha quando engravidou pela primeira vez? _ _

IDGRAV

☐ ☐

99. ☐ Não sabe

5F. Quantas vezes a sra. engravidou? (incluindo a gravidez atual) Contar todas as gestações até as que não chegaram no final, inclusive abortos. _ _

GESTA

☐ ☐

99. ☐ Não sabe

6F. A gravidez atual foi planejada?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

PLANGEST

☐

7F. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo o atual)? _ _

99. ☐ Não sabe

NASCVIVO

☐ ☐

8F. Qual a idade da sra. no início da gestação anterior? _ _

98. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDULTGEST

☐ ☐

9F. Quantos partos a sra. teve (incluindo o atual)? _ _

99. ☐ Não sabe

PARTOS

☐ ☐

10F. Quantos partos foram cesáreas (incluindo o atual, caso tenha sido cesárea)? _

9. ☐ Não sabe

PARTOCESA

☐

11F. O parto anterior da sra. foi:

1. ☐ Vaginal/Vaginal com fórceps

2. ☐ Cesárea

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPARTOANT

☐

12F. Quantos partos anteriores da sra. foram antes do tempo (premáturos) incluindo o atual? _

9. ☐ não sabe

PARTOANTPT

☐

13F. A sra. teve algum aborto?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 15F**

9. ☐ Não sabe

ABORTO

☐

14F. Caso sim, quantos abortos foram? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTABORTO

☐

15F. A sra teve algum filho que nasceu morto (incluir atual)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 17F**

9. ☐ Não sabe

NASCMORTO

☐

16F. Caso sim, quantos foram (incluir atual)? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTMORTO

☐

17F. Quantos filhos vivos a sra. tem atualmente? _ _

99. ☐ Não sabe

NFILHOS

☐ ☐

BLOCO G - MORBIDADES

Agora vamos conversar com a sra. sobre os problemas que teve durante a gravidez.

1G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HIPERT

☐

2G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação atual?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HIPERTGEST

☐

3G. A sra. teve antes da gestação nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

DIABETES

☐

4G. A sra. teve nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

DIABGEST

☐

5G. A sra. teve herpes durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HERPESGEST

☐

6G. A sra. teve sarampo durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

SARAMPGEST

☐

7G. A sra. teve catapora durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

CATAPGEST

☐

8G. A sra. teve rubéola durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

RUBGEST

☐

9G. A sra. teve algum episódio de febre alta (temperatura acima de 38º) que durou mais de 24 horas durante esta gestação diagnosticada por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 11G**

9. ☐ Não sabe

FEBREGEST

☐

10G. Caso sim, quantas vezes? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFEBRE

☐ ☐

11G. A sra. teve anemia antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

ANEMIA

☐

12G. A sra. teve anemia diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

ANEMIAGEST

☐

13G. A sra. teve toxoplasmose antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

TOXO

☐

14G. A sra. teve toxoplasmose diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

TOXOGEST

☐

15G. A sra. teve sífilis antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

SIFILIS

☐

16G. A sra. teve sífilis durante a gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

SIFILISGEST

☐

17G. A sra. teve alguma infecção urinária/ durante a gestação atual diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

INFECURI

☐

18G. A sra. teve algum corrimento vaginal durante a gestação atual?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

CORRIMENTO

☐

19G. A sra. sofreu alguma queda ou acidente durante a gestação?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

QUEDA

☐

20G. A sra. teve algum sangramento vaginal nos últimos 3 meses da gestação atual?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

SANGVAGINA

☐

21G. A sra. foi internada alguma vez durante a gestação atual seja por qualquer motivo?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 23G**
 9. ☐ Não sabe

HOSP

☐

22G. Qual foi o motivo da internação?

88. ☐ Não se aplica
 98. ☐ Não sabe

CAUSAHOSP

☐☐

23G. A sra. teve ameaça de aborto na gestação atual?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

AMABORTO

☐

24G. A sra. teve ameaça de parto prematuro (antes do tempo) na gestação atual?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

AMPT

☐

25G. A sra. teve outra doença durante a gestação atual?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 27G**

9. ☐ Não sabe

OUTRAD

☐

26G. Qual doença? _____

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

DOENCAGEST

☐ ☐

27G. A sra. usou algum remédio durante a gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para o bloco H**

9. ☐ Não sabe

REMGEST

☐

Caso tenha utilizando, qual o nome do remédio e qual o mês da gestação a sra. estava quando começou e quando parou (mês da gestação)? Se continua usando, anotar que está em uso.

28G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM1

☐ ☐

29G. Mês de início_

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESIREM1

☐ ☐

30G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESTREM1

☐ ☐

31G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM2

☐ ☐

32G. Mês de Início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESIREM2

☐ ☐

33G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

34G. Remédio

MESTREM2

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

35G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

36G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

37G. Remédio

NOMEREM3

MESIREM3

MESTREM3

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

38G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

39G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

40G. Remédio

NOMEREM4

MESIREM4

MESTREM4

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

41G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM5

MESIREM5

42G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa88. ☐ Não se aplica99. ☐ Não sabe

MESTREM5

☐☐**BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL E DO PRÉ-NATAL****Pergunte se a puérpera dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão**

1H. A sra tem cartão da gestante?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica –não fez pré-natal9. ☐ Não sabe

CARTAO

☐

2H. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AA)?

__/__/__

99999999. ☐ Não sabe

DUM

☐☐☐☐☐☐☐☐

3H. Caso não saiba a data, informar o mês/ano: __/____

888888. ☐ Não se aplica999999. ☐ Não sabe

MESANOUM

☐☐☐☐☐☐

4H. Qual o seu peso antes de engravidar? ____, __ kg

9999. ☐ Não sabe

PESOANTES

☐☐☐☐

5H. Qual a sua altura antes de engravidar? ____, __ cm

9999. ☐ Não sabe

ALTURAANT

☐☐☐☐

6H. A sra fez pré-natal?

1. ☐ Sim2. ☐ Não **Passe para questão 39H**9. ☐ Não sabe

PN

☐

7H. Qual a data da primeira consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__/__/__

88888888. ☐ Não se aplica99999999. ☐ Não sabe

DT1CPN

☐☐☐☐☐☐☐☐

8H. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __

88. ☐ Não se aplica99. ☐ Não sabe

MES1CPN

☐☐

9H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de a gestação? __

88. ☐ Não se aplica99. ☐ Não sabe

QTCPN1T

☐☐

10H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 2º trimestre de a gestação? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN2T

11H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 3º trimestre de a gestação? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN3T

12H. O médico ou enfermeiro encaminhou a senhora para fazer tratamento com o dentista durante esta gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TRATDEN

☐

13H. Quantas consultas médicas a sra. fez no pré-natal? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPNMED

14H. Quantas consultas com enfermeira(o) a sra. fez no pré-natal? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPNENF

15H. Quantos exames de radiografia (incluindo radiografias dos dentes) foram feitos durante a gestação atual? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTEXRADI

16H. Em que local a sra. fez o pré-natal?

1. ☐ SUS

3. ☐ Plano de saúde/ seguro saúde

4. ☐ Particular

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

LOCALNP

☐

17H. Qual a data da última consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

_ _ / _ _ / _ _ _ _

88888888. ☐ Não se aplica

99999999. ☐ Não sabe

DTUCPN

18H.Caso não saiba a data, informar o mês de gravidez aproximado: _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

MESUCPN

☐

19H. Quantos exames de ultrassonografia foram feitos durante a gestação atual? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

NUSPN

☐

Durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeira alguma vez:

20H. Solicitou exame de sangue?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**EXSANGUE**☐

21H. Solicitou exame de urina?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**EXURINA**☐

22H. Perguntou a data da última menstruação?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**PDUM**☐

23H. Verificou o seu peso?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**EXPESO**☐

24H. Mediu a sua barriga?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**EXBARRIGA**☐

25H. Receitou Cálcio?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**RECCALCIO**☐

26H. Mediu a sua pressão?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**EXPA**☐

27H. Fez exame ginecológico?

1. ☐ Sim2. ☐ Não8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**EXGINEC**☐

28H. Receitou remédio para anemia?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

RECANEMIA

☐

29H. Receitou vitamina?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

RECVIT

☐

30H. Orientou sobre amamentação?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

OAMAMENT

☐

31H. O médico perguntou se a sra. estava usando algum medicamento?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

OMEDIC

☐

32H. Orientou sobre o risco do uso de remédios sem orientação médica durante a gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

OREM

☐

33H. Orientou sobre como evitar toxoplasmose durante a gravidez? (lavar muito bem frutas e verduras, não comer carne mal passada, evitar contato com gatos, não manipular terra, lavar muito bem as mãos antes das refeições).

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

OTOXO

☐

34H. Examinou o seu seio?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

EXSEIO

☐

35H. Fez exame de prevenção de câncer de colo de útero?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EXCOLOUT

☐

36H. Fez exame de sangue para sífilis no pré-natal?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EXSIFILIS

☐

37H. Fez exame de sangue para saber o tipo de sangue?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EXTIPOSANG

☐

38H. Ofereceu exame de sangue para HIV no pré-natal?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EXHIV

☐

39H. Você tomou vacina contra o tétano?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 41H**

3. ☐ Já estava vacinada antes da gravidez. **Passe para a questão 41H**

9. ☐ Não sabe

VACTET

☐

40H. Quantas doses de antitetânica a sra. recebeu? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTDOSSETET

☐

41H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de auxiliar de enfermagem?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

AUXENFPN

☐

42H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu visita do agente de saúde?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

AGSAUDEPN

☐

43H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de parteira leiga?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 9. ☐ Não sabe

PARTPN

☐

44H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento do programa de Saúde da Família (PSF)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

PSFPN

45H. Qual o seu peso ao final da gravidez? _ _ _ , _ kg

9999. ☐ Não sabe

PESOFINAL

46H. A sra. fez algum tratamento para engravidar?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 1I**

9. ☐ Não sabe

TRATGRAV

47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

OVULA

48H. Fez inseminação artificial?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

INSEMINA

49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FERTILIZA

50H. Fez injeção de espermatozóides?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

INJECAO

BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO

1I. Qual foi o tipo de parto?

1. ☐ Normal

2. ☐ Cesárea **Passe para a questão 4I**

3. ☐ Fórceps **Passe para a questão 4I**

4. ☐ Vácuo extração **Passe para a questão 4I**

9. ☐ Não sabe

TIPARTO

2l. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EPISIO

☐

3l. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORASPARTO

☐ ☐

4l. Foi feita anestesia nas costas?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

ANESTESIA

☐

5l. Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?

1. ☐ sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu / ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe)

2. ☐ desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande)

3. ☐ distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada)

4. ☐ hemorragia materna (teve sangramento)

5. ☐ parada de progressão (parou trabalho de parto/ pararam as dores)

6. ☐ eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta)

7. ☐ pós-maturidade (passou do tempo)

8. ☐ morte fetal (o bebê morreu)

9. ☐ diabetes materna (açúcar no sangue)

10. ☐ cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes)

11. ☐ laqueadura (para ligar trompas)

12. ☐ mãe pediu (cesárea porque a mãe queria)

13. ☐ médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea)

14. ☐ cesárea programada (médico marcou durante gravidez)

15. ☐ cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal)

16. ☐ outro _____

88. ☐ não se aplica

99. ☐ não sabe

MOTCESA

☐ ☐

6l. Quantas horas decorreram entre a internação e a cesárea?

_ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORASCESA

☐ ☐

7l. A sra. ligou as trompas?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 9l**
 9. ☐ Não sabe

LAQUEADURA

☐

8l. Qual o motivo pelo qual a sra. ligou as trompas?

1. ☐ Já fez muita cesárea
 2. ☐ Por problemas de saúde. Qual? _____
 3. ☐ Questões financeiras
 4. ☐ Já tinha o número de filhos que desejava
 5. ☐ Outros _____
 88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

MOTLAQ

☐ ☐

9l. O que a sra. sentiu que a fez vir para o hospital?

1. ☐ Sangramento vaginal
 2. ☐ Perdeu líquido (água) vaginal
 3. ☐ Sentiu contração ou dor ou cólica/ barriga endurecida
 4. ☐ Febre/ infecção/infecção urinária
 5. ☐ O bebê parou de mexer/ diminuiram movimentos ☐ ☐
 6. ☐ A vinda foi agendada para esta data
 7. ☐ O médico encaminhou
 8. ☐ Outro _____
 99. ☐ Não sabe

MOTHOSP

☐ ☐

10l. Caso tenha feito cesárea, quando a sra. internou já sabia que iria fazer cesárea?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

SABIACESA

☐

11l. A sra. passou por outros serviços (maternidades) antes de vir para esse hospital?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 13l**
 9. ☐ Não sabe

PEREGRINOU

☐

12l. Caso sim, por quantos serviços passou? _

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

QTPEREG

☐

13l. Quando a sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

DORPARTO

☐9. ☐ Não sabe

14l. O médico precisou romper a bolsa?

1. ☐ Sim2. ☐ Não9. ☐ Não sabe

ROMPBOLSA

☐

15l. Foi preciso colocar soro ou outro remédio para começar o trabalho de parto ou para ajudar o bebê a nascer?

1. ☐ Sim2. ☐ Não **Passe para a questão 18l**9. ☐ Não sabe

SORONASC

☐

16l. Qual a medicação utilizada?

1. ☐ Vaginal2. ☐ Soro (endovenosa)8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe

TIPOMED

☐

17l. Por que foi necessário ajudar o bebê a nascer?

1. ☐ Passou do tempo de nascer2. ☐ Pressão alta3. ☐ Rompeu a bolsa4. ☐ Incompatibilidade sanguínea (sangue não combina)5. ☐ O bebê estava morto6. ☐ O médico indicou7. ☐ O trabalho de parto parou8. ☐ Outra razão. Qual? _____88. ☐ Não se aplica99. ☐ Não sabe

MOTAJUDA

☐☐

18l. Quem atendeu ao parto?

1. ☐ Médico2. ☐ Enfermeira3. ☐ Auxiliar de enfermagem4. ☐ Parteira leiga5. ☐ Outro9. ☐ Não sabe

QUEMPARTO

☐

19l. O parto foi realizado pelo mesmo médico que fez o pré-natal?

1. ☐ Sim2. ☐ Não9. ☐ Não sabe

MEDICO

☐

20I. Qual a categoria de atendimento ao parto?

1. ☐ SUS
2. ☐ Plano de saúde/ seguro saúde
3. ☐ Particular
9. ☐ Não sabe

CATP

☐

21I. Na hora do nascimento, quem atendeu o RN na sala de parto?

1. ☐ Médico obstetra
2. ☐ Médico pediatra/neonatalogista
3. ☐ Anestesista
2. ☐ Enfermeira
3. ☐ Auxiliar de enfermagem
4. ☐ Parteira leiga
5. ☐ Outro _____

99. ☐ Não sabe

ATENDRN

☐

22I. O pediatra falou com a sra na sala de parto antes ou depois que o bebê nasceu?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

PEDIATRA

☐

23I. Número de filhos nascidos no parto: _

9. ☐ Não sabe

FETOS

☐

BLOCO J – EXPOSIÇÃO AO CITOMEGALOVÍRUS (CMV)

1J. Na sua casa morou ou está morando alguma criança?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**
9. ☐ Não sabe

MORACRI

☐

2J. Caso sim, ela tem até três anos de idade?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CRIATE3

☐

3J. Caso tenha até 3 anos de idade, ela morou com a sra. durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MOROUGEST

☐

4J. Caso a criança não tenha morado com a sra. durante sua gestação, a criança morou com a sra. nos 12 meses anteriores?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

MOROU12M

☐

5J. Essa(s) criança(s) frequentam creches ou escolas?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**
 8. ☐ Não se aplica

CRECHE

☐

9. ☐ Não sabe

6J. Quantos dias da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? _

8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

DIASCRECHE

☐

7J. Quantas horas por dia da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? _ _

88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

HORACRECHE

☐☐

8J. A sra. realizou algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores (como trocar as fraldas, dar banhos, alimentar o bebê, etc.)? Incluindo crianças de sua família ou para amigos de seus filhos, ou no seu trabalho durante o ano que antecedeu ou atualmente na sua gravidez?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

CUIDACRI

☐

9J. Caso a sra. tenha realizado algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores, qual a frequência de cuidados com essa criança?

1. ☐ Menos de 12 vezes no ano
 2. ☐ Uma vez por mês
 3. ☐ Duas ou mais vezes no mês
 4. ☐ Uma vez por semana
 5. ☐ Mais de uma vez por semana
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

QTCUIDA

☐

BLOCO K – DADOS DO PRONTUÁRIO

1K. Há registro de administração de ocitocina durante o trabalho de parto?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não

OCITOCINA

☐

2K. Horário de início do medicamento (indução): _ _ : _ _

8888. ☐ Não se aplica ☐ 9999. ☐ Não informado

HORAIMED

☐☐☐☐

3K. Horário do término do medicamento (indução): __: __

8888. ☐ Não se aplica ☐ 9999. ☐ Não informado

4K. Caso o parto tenha sido cesárea, anotar a indicação da cesárea do prontuário_____

88. ☐ Não se aplica ☐ 99. ☐ Não informado

5K. Registro da idade gestacional avaliada pela Ultrassonografia (anotar o primeiro ultrassom) __ semanas

99. ☐ Não informado

6K. Data da Ultrassonografia __/ __/ ____

99999999. ☐ Não informado

HORATMED

INDICACESA

IDGESTUS

DATAUS

ANEXO C - Questionário do Nascimento – Recém Nascido

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

□□□□□□□□

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. ☐ Ribeirão Preto

2. ☐ São Luís

CIDADE

□

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DATAENT

□□□□□□□□

4A. Entrevistador (a) :

5A. Data do nascimento do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DATANASC

□□□□□□□□

6A. Caso tenha nascido mais de um filho, indique qual a sequência de nascimento desse RN?

1. ☐ 1º

2. ☐ 2º

3. ☐ 3º

4. ☐ 4º

5. ☐ 5º

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

ORDEMNASC

□

7A. Qual o sexo do recém-nascido?

1. ☐ Masculino

2. ☐ Feminino

9. ☐ Não sabe

SEXO

□

8A. Como nasceu o filho da sra.?

1. ☐ Vivo

2. ☐ Morto

9. ☐ Não sabe

NASC

□

9A. Qual foi a apresentação do bebê na hora do parto?

1. ☐ Cefálica

2. ☐ Pélvica

3. ☐ Transversa

9. ☐ Não sabe

APRESENT

□

Caso o RN tenha nascido morto, passe para o Bloco B

10A. Qual nome a sra. pretender dar ao seu bebê?

NOME

11A. O RN apresentou algum problema de saúde?
(perguntar para a mãe e anotar do prontuário)

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 17A**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

Caso tenha apresentado problema, nos diga qual foi.

PROBLEMA

☐

12A. Problema

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

PROB1

☐

13A. Problema

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

PROB2

☐

14A. Problema

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

PROB3

☐

15A. Problema

☐

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

PROB4

16A. Problema

☐

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

PROB5

17A. Após o nascimento, quando saiu da sala de parto, o RN foi para:

1. ☐ Berço ao lado da mãe

2. ☐ Berçário

3. ☐ Cama da mãe

4. ☐ UTI Neonatal

5. ☐ Outro _____

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

LOCALRN

☐

BLOCO B – DADOS DO PRONTUÁRIO

1B. Horário de nascimento do RN: __:__:__	HORANASC	□□□□
2B. Apgar 1º minuto: __ __		□□
99. ☐ Não avaliado	APGAR1	
3B. Apgar 5º minuto: __ __		□□
99. ☐ Não avaliado	APGAR5	
4B. Em caso de nascido morto:		
1. ☐ Antes do parto		
2. ☐ No momento do parto		
8. ☐ Não se aplica		□
9. ☐ Não sabe	TIPONASC	
5B. O RN apresentou algum defeito congênito (malformação)?		
1. ☐ Sim		□
2. ☐ Não Passe para a questão 7B	DEFCONG	
9. ☐ Não sabe		
6B. Qual foi o tipo de defeito apresentado pelo RN?		
1. ☐ Gastrosquise		
2. ☐ Onfalocele		
3. ☐ Defeitos do tubo neural - meningomielose		
4. ☐ Defeitos do tubo neural - encefalocele		
5. ☐ Trato genito-urinário - unilateral		□□
5. ☐ Trato genito-urinário - bilateral		
6. ☐ Cardíaco. Qual? _____		
7. ☐ Outro _____		
88. ☐ Não se aplica		
99. ☐ Não sabe	TIPODEFCONG	

ANTROPOMETRIA DO RN

7B Peso do RN: __ . __ __ g		□□□□
9999. ☐ Não avaliado	PESONASC	
8B Comprimento: __ __ . __ cm		□□□
999. ☐ Não avaliado	COMPNAS	
9B Perímetro cefálico: __ __ . __ cm		□□□
999. ☐ Não avaliado	PCNAS	
10B Peso da placenta: __ . __ __ g		□□□□
9999. ☐ Não avaliado	PLACENTA	

MATERIAL BIOLÓGICO DO RN

1B. Foi feita coleta de tecido do cordão umbilical?		□
1. ☐ Sim	CORDAO	
2. ☐ Não		
2B. Foi feita coleta de saliva?		□
1. ☐ Sim	SALIVA	
2. ☐ Não		