



Fatores associados à via de parto em um município da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil

Silvane Rasador ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1118-3469>

Claides Abegg ²

 <https://orcid.org/0000-0002-3808-2959>

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963. Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90.040-060. E-mail: srasador@yahoo.com.br.

² Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Objetivos: investigar os fatores associados à via de nascimento em um hospital de atendimento misto, público e privado, da região nordeste do Rio Grande do Sul.

Métodos: estudo transversal com 676 puérperas realizado entre janeiro e maio de 2017. Os dados foram obtidos de registros hospitalares e entrevistas com as mulheres logo após o parto na maternidade. A análise dos dados foi realizada por intermédio do teste de associação do Qui-quadrado de Pearson e Regressão de Poisson com variância robusta.

Resultados: a prevalência de cesariana foi de 58,7%, sendo 41,7% no setor público e 83,9% no privado. Cesárea prévia foi o principal fator associado à realização de cesariana (RP= 5,69; IC95%= 3,64–8,90; $p < 0,001$), seguido por fonte de financiamento do parto (RP= 1,54; IC95%= 1,27–1,87; $p < 0,001$), fonte de financiamento do pré-natal (RP= 1,48; IC95%= 1,22–1,79; $p < 0,001$), profissional do pré-natal e parto (RP= 1,46; IC95%= 1,28 – 1,66; $p < 0,001$) e profissional do pré-natal (RP= 1,43; IC95%= 1,07–1,90; $p = 0,016$).

Conclusões: as elevadas taxas de cesariana identificadas neste estudo foram associadas principalmente à realização de cesárea prévia. Os achados indicam a necessidade de mudança no modelo de assistência ao parto no município, o qual é altamente medicalizado, centrado no profissional médico e na atenção hospitalar.

Palavras-chave Parto, Cesárea, Fatores de risco, Financiamento da assistência à saúde



Introdução

Até o século XIX, a assistência às gestantes era realizada por parteiras, mulheres que aprenderam seu ofício na prática, ocorrendo o trabalho de parto no ambiente domiciliar.¹ A partir do século XX, o parto tornou-se um evento médico e passou a ser realizado dentro de ambiente hospitalar.² A institucionalização do nascimento e principalmente o fato de o parto ser visto como um acontecimento médico contribuíram para uma redução de nascimentos por via vaginal e aumento de cirurgias cesarianas.³

Essas mudanças na assistência ao parto levaram, nos últimos anos, diversos países a discutirem seus modelos de atenção ao parto devido às crescentes taxas de cesariana. O Brasil também apresentou uma inversão no padrão de nascimentos, sendo que as operações cesarianas tornaram-se o modo mais comum de nascer, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos, dos quais, 85% ocorrem nos serviços privados e 40% nos serviços públicos.⁴

Declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que, ao nível populacional, taxas de cesárea superiores a 10% não estão associadas a uma redução da mortalidade materna, perinatal e neonatal e que as cesáreas são eficazes para salvar a vida de mulheres e bebês quando indicadas por motivos médicos. Salienta ainda a falta de evidências comprovando os benefícios de cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia.⁵

A pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, foi a primeira a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no país e encontrou uma taxa de 51,9% de cesarianas, atingindo 89,9% no setor privado.⁶ No Estado do Rio Grande do Sul, considerando-se dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no ano de 2015, dos 148.359 nascimentos, 61% ocorreram por cesariana.⁷

Entre os fatores determinantes da via de parto estão as indicações médicas tradicionais, as complicações clínicas pré-existentes, as condições clínicas que podem surgir durante a gestação, as características da população e também as condições socioeconômicas e culturais.⁸ Além disso, a atual organização da atenção obstétrica também é citada como tendo um importante papel nas elevadas taxas de cesárea.⁹

Diante desses indicadores e considerando que estudos vêm apontando associações entre as elevadas taxas de cesariana e a morbimortalidade materna e neonatal, este estudo teve como objetivo investigar quais fatores encontram-se associados à

via de parto em uma maternidade pública e privada de referência no Estado do Rio Grande do Sul. A identificação destes fatores permitirá o desenvolvimento de estratégias para melhorar a assistência ao parto no município.

Métodos

Realizou-se um estudo de delineamento transversal, em um hospital de atendimento público e privado, referência para a realização de partos no município de Bento Gonçalves e região, no Estado do Rio Grande do Sul. Foram incluídas neste estudo todas as puérperas que tiveram como resultado da gestação nascidos vivos ocorridos no período de janeiro a maio de 2017. Como critérios de exclusão foram considerados estrangeiros que não entendiam a língua portuguesa e mulheres cujo parto resultou em natimorto.

As informações foram coletadas por meio da análise dos registros hospitalares e entrevista com as mulheres por duas pesquisadoras, ainda durante o período de internação, respeitando-se um período mínimo de 12 horas após o parto. Nos registros hospitalares foram coletados dados sobre o parto, bem como indicação da cesárea informada pelo médico. Para a entrevista foi utilizado um formulário baseado na pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”.¹⁰

Como variável dependente (desfecho), foi considerado o tipo de parto categorizado como vaginal ou cesárea. A categoria de referência foi parto vaginal. Os fatores investigados como variáveis independentes foram divididos em três grupos: 1: dados sociodemográficos: idade (menor ou igual a 25 anos, 26 a 34 anos, 35 anos ou mais); escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior); cor da pele auto-referida (branca, não branca); situação conjugal (vive com companheiro, vive sem companheiro); ocupação remunerada (sim, não); renda familiar (até 2 salários mínimos, 2 a 4 salários mínimos, acima de 4 salários mínimos). 2: dados obstétricos e da assistência pré-natal: gestação planejada (sim, não); paridade (primípara, múltipara); cesárea prévia em múltiparas (sim, não); realização do pré-natal (sim, não); fonte de financiamento do pré-natal (público, privado); profissional que realizou o pré-natal (médico, médico e enfermeiro); número de consultas de pré-natal (1 a 5, 6 ou mais); gestação de risco (sim, não); presença de doenças hipertensivas na gestação atual (sim, não); presença de diabetes na gestação atual (sim, não); tipo de parto desejado no início da gestação (vaginal, cesárea, não tinha preferência). 3:

dados relacionados ao parto: fonte de financiamento do parto (público, privado); profissional do pré-natal e parto (mesmo, diferente).

A análise dos dados foi realizada no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 18.0 e inicialmente incluiu a distribuição de frequência das variáveis estudadas e realização do teste de associação pelo teste qui-quadrado de Pearson. A seguir, calculou-se a razão de prevalência pela Regressão de Poisson com variância robusta univariada e multivariada. O critério para entrada da variável no modelo multivariado foi de que a mesma apresentasse um valor de $p < 0,20$ na análise univariada. O nível de significância adotado foi de 5%. Foram mantidas no modelo final as variáveis que se associaram ao desfecho ($p \leq 0,05\%$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo CEP da instituição hospitalar co-participante (CAAE 62469416.9.0000.5347, sob o número do parecer 1.845.180).

Resultados

O tamanho final da amostra foi de 676 puérperas (Tabela 1), com um percentual de perdas de 4,1%. Foram incluídos no estudo dois partos domiciliares e extra-hospitalares, pois após o nascimento mãe e bebê foram imediatamente encaminhados à maternidade hospitalar. Ocorreram 13 perdas por alta hospitalar anterior à realização da entrevista (1,85%) e apenas seis puérperas recusaram-se em participar do estudo (0,85%). Foram excluídas três mulheres estrangeiras que não compreendiam português; seis mulheres cujo parto resultou em um natimorto e uma puérpera cujo bebê foi entregue à adoção após o nascimento (1%).

As mulheres entrevistadas tinham a média de 28 anos (DP = 6,25), sendo a idade mínima de 16 anos e máxima de 45 anos. A maioria da população investigada autodenominou-se como branca (68,5%), apresentava ensino médio (46,7%), vivia com companheiro (91%), possuía alguma ocupação remunerada (69,2%) com renda bruta familiar de até dois salários mínimos (44,9%);

55,1% das mulheres relataram ter planejado a gestação atual; pouco mais da metade (55%), eram primíparas e 304 múltiparas (45%), entre estas, 57,6% haviam tido pelo menos uma cesárea anterior. Com relação ao pré-natal, 55,6% realizaram as consultas no serviço público, e o restante o fizeram de forma particular ou utilizando planos privados de saúde (44,4%). Apenas três mulheres declararam não

ter realizado assistência pré-natal (0,4%), sendo que a grande maioria realizou no mínimo seis consultas (91,7%), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). O profissional médico foi responsável pela realização de 86,6% das consultas de pré-natal e as demais foram realizadas por médico e enfermeiro.

Aproximadamente 23% das puérperas relataram gestação de risco ou foram encaminhadas para algum serviço de atendimento à gestação de alto risco. A prevalência de doenças hipertensivas e diabetes na gestação atual foi de 9,9% e 5,8%, respectivamente.

A via de parto preferencial no início da gestação foi a vaginal para 66,3% das mulheres.

Verificou-se que 37,4% das mulheres foram assistidas pelo mesmo profissional durante o pré-natal e parto. Quanto à fonte de financiamento do parto, 403 (59,6%) utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS).

A prevalência de cesarianas foi de 58,7%, atingindo 83,9% no setor privado. No setor público, 58,3% das mulheres tiveram parto vaginal sendo o número de cesarianas também expressivo (41,7%). (Tabela 1).

Na análise univariada, observou-se a associação do desfecho com as seguintes variáveis: maior idade materna; maior escolaridade; ocupação remunerada; renda elevada; gestação planejada; cesariana prévia; financiamento privado do pré-natal; realização de pré-natal apenas por médico; mesmo profissional a realizar pré-natal e parto; ter desenvolvido alguma doença hipertensiva na gestação atual; desejo por cesariana ou não ter uma preferência bem definida pelo tipo de parto no início da gestação e financiamento privado do parto. (Tabela 2).

Após o ajuste do modelo completo, incluindo as variáveis que apresentaram um valor de $p < 0,20$ na análise univariada, verificou-se que, quanto maior a escolaridade, maior a prevalência de cesariana. Mulheres com ensino superior apresentaram 33% de prevalência de ter cesárea, quando comparadas com as que possuíam o ensino fundamental (RP=1,33; IC95%=1,07-1,65; $p=0,010$).

Quanto à idade materna, mesmo que não tenhamos encontrado associação significativa, cabe ressaltar que a ocorrência de cesárea subiu de 44,1% em mulheres abaixo de 25 anos para 75,4% em maiores de 35 anos.

Entre as múltiparas submetidas à cesárea prévia, a prevalência de cesariana foi quase seis vezes maior do que as com parto vaginal anterior (RP=5,69; IC95%=3,64-8,90; $p < 0,001$).

Ao se avaliar o tipo de parto de acordo com o

Tabela 1

Frequência de tipo de parto, segundo variáveis sociodemográficas, obstétricas, do pré-natal e relacionadas ao parto em hospital de atendimento misto. RS, janeiro-maio 2017.

Variáveis	N	%	Prevalência			
			Vaginal		Cesárea	
Via de parto	676	100,0	279	41,3	397	58,7
Idade (anos)						
≤ 25	254	37,6	142	55,9	112	44,1
26 – 34	300	44,4	107	35,7	193	64,3
≥ 35	122	18,0	30	24,3	92	75,4
Escolaridade						
Fundamental	155	23,0	91	58,7	64	41,3
Médio	316	46,7	132	41,8	184	58,2
Superior	205	30,3	56	27,3	149	72,7
Cor da pele branca	463	68,5	182	39,3	281	60,7
Com companheiro	615	91,0	245	39,8	370	60,2
Ocupação remunerada	468	69,2	166	35,5	302	64,5
Renda familiar* (salários mínimos)						
Até 2	302	44,9	156	51,7	146	48,3
De 2 a 4	260	38,7	95	36,5	165	63,5
Acima de 4	110	16,4	5	22,7	85	77,3
Gestação planejada	372	55,1	123	33,1	249	66,9
Primípara	372	55,1	141	37,9	231	62,1
Cesárea prévia	175	57,6	27	15,4	148	84,6
Realização de pré-natal	673	99,6	0	-	0	-
Financiamento do pré-natal						
Público	374	55,6	221	59,1	153	40,9
Privado	299	44,4	56	18,7	243	81,3
Profissional do pré-natal						
Médico	583	86,6	217	37,2	366	62,8
Médico e Enfermeiro	90	13,4	60	66,7	30	33,3
Seis ou mais consultas de pré-natal	617	91,7	250	40,5	367	59,5
Gestação de risco	155	22,9	59	38,1	96	61,9
Hipertensão/pré-eclâmpsia/eclâmpsia-gestação atual	67	9,9	14	20,9	53	79,1
Diabetes na gestação atual	39	5,8	12	30,3	27	69,2
Parto desejado - início da gestação						
Vaginal	448	66,3	232	51,8	216	48,2
Cesariana	160	23,7	25	15,6	135	84,4
Não tinha preferência	68	10,1	22	32,4	46	67,6
Profissional pré-natal e parto						
Mesmo	252	37,4	41	16,3	211	83,7
Diferente	421	62,6	236	56,1	185	43,9
Financiamento do parto						
Público	403	59,6	235	58,3	168	41,7
Privado	273	40,4	44	16,1	229	83,9

*Considerado o valor do salário mínimo vigente ao ano de 2017 - R\$ 937,00.
RS-Rio Grande do Sul

Tabela 2

Regressão Robusta de Poisson das variáveis associadas ao tipo de parto em hospital de atendimento misto. RS, janeiro-maio 2017.

Variáveis	RP (IC95%)	p	RP _{aj} (IC95%)	p
Idade (anos)				
≤ 25	1,00		1,00	
26 – 34	1,46 (1,24 – 1,72)	<0,001	1,03 (0,88 – 1,21)	0,746
≥ 35	1,71 (1,44 – 2,03)	<0,001	1,04 (0,87 – 1,25)	0,668
Escolaridade				
Fundamental	1,00		1,00	
Médio	1,41 (1,14 – 1,74)	<0,001	1,26 (1,03 – 1,53)	0,022
Superior	1,76 (1,43 – 2,16)	<0,001	1,33 (1,07 – 1,65)	0,010
Cor da pele Branca	1,11 (0,96 – 1,28)	0,138	0,93 (0,82 – 1,07)	0,308
Com companheiro	1,35 (1,01 – 1,81)	0,037	1,11 (0,84 – 1,47)	0,460
Ocupação remunerada	1,41 (1,20 – 1,66)	<0,001	1,03 (0,88 – 1,20)	0,725
Renda familiar (salários mínimos)				
Até 2	1,00		1,00	
De 2 a 4	1,31 (1,13 – 1,52)	<0,001	1,03 (0,89 – 1,19)	0,694
Acima de 4	1,59 (1,37 – 1,86)	<0,001	1,09 (0,92 – 1,30)	0,305
Gestação planejada	1,37 (1,19 – 1,56)	<0,001	1,05 (0,92 – 1,21)	0,484
Primípara	1,13 (0,99 – 1,29)	0,052	1,11 (0,98 – 1,25)	0,114
Cesárea prévia	6,06 (3,93 – 9,34)	<0,001	5,69 (3,64 – 8,90)	<0,001
Financiamento do pré-natal				
Público	1,00		1,00	
Privado	1,98 (1,73 – 2,27)	<0,001	1,48 (1,22 – 1,79)	<0,001
Profissional do pré-natal				
Médico	1,88 (1,39 – 2,53)	<0,001	1,43 (1,07 – 1,90)	0,016
Médico e Enfermeiro	1,00		1,00	
Seis ou mais consultas de pré-natal	1,14 (0,88 – 1,49)	0,298	-	-
Gestação de risco	1,07 (0,92 – 1,23)	0,342	-	-
Hipertensão/pré-eclâmpsia/ eclâmpsia-gestação atual	1,39 (1,21 – 1,61)	<0,001	1,45 (1,25 – 1,66)	<0,001
Diabetes na gestação atual	1,19 (0,95 – 1,48)	0,120	1,06 (0,86 – 1,31)	0,574
Parto desejado - início da gestação				
Vaginal	1,00		1,00	
Cesariana	1,75 (1,55 – 1,96)	<0,001	1,27 (1,13 – 1,42)	<0,001
Não tinha preferência	1,40 (1,16 – 1,69)	<0,001	1,21 (1,02 – 1,43)	0,031
Profissional pré-natal e parto				
Mesmo	1,90 (1,68 – 2,15)	<0,001	1,46 (1,28 – 1,66)	<0,001
Diferente	1,00		1,00	
Financiamento do parto				
Público	1,00		1,00	
Privado	2,01 (1,77 – 2,28)	<0,001	1,54 (1,27 – 1,87)	<0,001

RP= Razão de prevalência; RP AJ= Razão de prevalência ajustada.
RS-Rio Grande do Sul

financiamento do pré-natal, encontramos uma prevalência de cesarianas de 48% nas mulheres que realizaram pré-natal no serviço privado, quando comparado às que realizaram no público (RP=1,48; IC95%=1,22-1,79; $p<0,001$).

Quando o pré-natal foi realizado apenas pelo profissional médico, houve uma prevalência 43% maior de realização de cesariana do que quando o pré-natal inclui o profissional enfermeiro (RP=1,43; IC95%=1,07-1,90; $p=0,016$).

Também se verificou uma diferença importante com relação ao profissional que realizou o pré-natal e o parto. Quando o profissional médico que acompanhou o parto, foi o mesmo que realizou o pré-natal, encontramos 46% de prevalência de cesariana em comparação àquelas mulheres assistidas por diferentes profissionais no pré-natal e parto (RP=1,46; IC95%=1,28-1,66; $p<0,001$).

A presença de doenças hipertensivas (hipertensão, pré-eclâmpsia e eclâmpsia) durante a gestação, apresentou uma prevalência de cesariana de 45% (RP=1,45; IC95%=1,25-1,66; $p<0,001$).

Ao se avaliar o desejo pelo tipo de parto no início da gestação, verificou-se que existe uma prevalência de cesariana de 27% nas mulheres que já possuíam preferência inicial por cesárea em comparação às que tinham desejo inicial por parto vaginal (RP=1,27; IC95%=1,13-1,42; $p<0,001$).

Mesmo o grupo de mulheres que não apresentava uma preferência inicial bem definida, apresentou uma prevalência de cesariana de 21% em relação às que preferiam o parto vaginal (RP=1,21; IC95%=1,02-1,43; $p=0,031$).

Observou-se 54% de prevalência de cesarianas nas mulheres que realizaram o parto no setor privado em comparação às que foram atendidas no serviço público (RP=1,54; IC95%=1,27-1,87; $p<0,001$).

Discussão

Identificamos elevadas taxas de cesariana as quais estiveram associadas à cesárea prévia, fonte de financiamento privado do parto e do pré-natal, mesmo profissional a realizar pré-natal e parto e realização de pré-natal apenas por médico.

A prevalência de cesariana encontrada, 58,7%, é similar à descrita por Rattner e Moura¹¹ para a Região Sul do Brasil. Verificamos um maior número de cesáreas no setor privado quando comparado ao público, achado este também reportado em recente estudo brasileiro.⁶

A variável mais fortemente associada com o desfecho foi cesárea prévia, a qual apresentou prevalência quase seis vezes maior de ocorrência de

nova cesariana, quando comparada às múltiparas com apenas parto vaginal anterior. Este resultado também foi observado em estudos conduzidos em Florianópolis/SC⁹ e na cidade de Maringá/PR.¹² O elevado número de cesarianas em primíparas encontrado neste estudo é preocupante (62,1%), como já relatado por outros estudos,^{13,14} pois predispõe a realização de novas cesarianas em gestações futuras. Patel e Jain¹⁵ concluíram que no parto vaginal, após cesárea prévia, há raros riscos, porém, com graves resultados adversos quando ocorre ruptura uterina. O receio da ocorrência da ruptura uterina pode ser uma explicação possível para a indicação de nova cesariana. Ao mesmo tempo, os riscos da cesárea de repetição são mais frequentes, no entanto, menos sérios.

Constatou-se que a realização do pré-natal no sistema privado associou-se a maior realização de cesariana. Resultado semelhante foi verificado na cidade de Tubarão/SC, onde ter realizado o pré-natal no setor privado aumentou em mais de 80% a probabilidade de cesárea.¹⁶ Da mesma forma, um estudo em Botucatu/SP, verificou associação entre cesárea eletiva e realização de pré-natal na rede de saúde suplementar.¹⁷ Esse achado pode sugerir influência dos profissionais de saúde do serviço privado na indicação deste tipo de parto com maior frequência.

A realização de pré-natal apenas por médico também se mostrou associada à maior prevalência de cesarianas. A recomendação do MS é que as consultas de pré-natal sejam intercaladas entre médico e enfermeiro.¹⁸ O profissional enfermeiro possui amparo legal e ético para realizar o pré-natal de baixo risco propiciando inclusive, reais benefícios à clientela.¹ No entanto, a assistência pré-natal realizada por enfermeiros ainda é restrita no país, com maior concentração nas Regiões Norte e Nordeste.¹⁹ Comparando modelos de realização de pré-natal, uma revisão sistemática recente concluiu que no modelo em que as gestantes recebiam assistência obstétrica contínua liderada por obstetrizes, observou-se menor probabilidade de haver intervenções e maior probabilidade de satisfação com os cuidados oferecidos. Entretanto, os dois modelos de assistência, tanto o liderado por obstetrizes quanto o liderado por médicos, apresentaram probabilidade idêntica de nascimento por cesariana.²⁰

A clientela assistida pelo sistema de saúde suplementar ou que assume diretamente as despesas em saúde, geralmente é atendida pelo mesmo médico no pré-natal e parto.²¹ Fato este que tem propiciado um estreito relacionamento médico-paciente, favorecendo o planejamento e a realização da cesárea o que

explicaria a maior ocorrência deste tipo de parto quando o profissional que realizou o parto foi o mesmo que conduziu o pré-natal. Similarmente, estudo realizado em uma maternidade privada em Ribeirão Preto/SP, já havia descrito esta relação muito próxima entre médico obstetra e paciente nos serviços privados.²² Nessa circunstância, o mesmo médico acompanha o pré-natal e parto, situação que favorece a transformação do tipo de parto em um item de consumo, o qual é acessível de acordo com o poder de compra do paciente.

Diversos estudos têm verificado a probabilidade maior de cesariana entre mulheres com doenças hipertensivas na gestação atual, como sinalizado nesta pesquisa.^{12,22-25} No entanto, a baixa prevalência destas patologias neste estudo não explica o elevado número de cesáreas encontrado.

O desejo por cesariana no início da gestação ou não ter uma preferência inicial definida pelo tipo de parto mostrou associação com a maior realização de cesariana. Esta tem sido uma das explicações para as elevadas taxas apresentadas em todo o mundo. No entanto, apesar de pesquisa recente ter evidenciado o aumento do desejo pela cesariana no Brasil quando comparado a estudos anteriores, as mulheres ainda preferem o parto vaginal no início da gestação.¹³ Estudo que incluiu análise de 38 artigos, verificou que apenas uma minoria de mulheres, 15,6%, numa grande variedade de países expressou preferência por cesariana, sendo maior em mulheres com cesárea anterior e nas que vivem em países de renda média.²⁶

Verificou-se forte associação entre cesariana e fonte de financiamento privado do parto observando-se uma prevalência de 54%. Tal achado corrobora o que já foi apontado na literatura, em que nascimentos por cesariana foi quase o dobro nas maternidades privadas quando comparados ao SUS,^{14,16} sendo as taxas de cesárea não SUS mais frequentes do que as cesáreas SUS.²⁷ A forma como se organiza a assistência ao parto no setor privado em que o atendimento ao pré-natal e parto é realizado geralmente por um médico de escolha da mulher havendo a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra pode justificar o elevado número de cesarianas na saúde suplementar.¹³

Neste estudo, as variáveis fortemente associadas ao aumento da prevalência de cesariana relacionaram-se mais a fatores obstétricos, da assistência pré-natal e ao parto em detrimento de fatores sociodemográficos. A única variável sociodemográfica associada à ocorrência de cesariana foi a escolaridade, resultado que é considerado consenso na literatura.^{11,25,28,29}

No entanto, a associação observada com fonte de financiamento privada do pré-natal, parto privado, mesmo profissional que realizou pré-natal e parto e nível educacional da mulher, sugerem o que diversos estudos vêm apontando, mostrando que as taxas de cesárea no Brasil são maiores em grupos populacionais de melhores condições econômicas.²⁵ Salienta-se também que o município no qual o estudo foi realizado possui um Índice de Desenvolvimento Humano considerado alto (0,778).³⁰

De acordo com a OMS,⁵ ainda não estão claros os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico, sendo necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

Dentre os achados deste estudo, destacamos que a prevalência de cesariana foi quase seis vezes maior nas gestantes com cesárea prévia sendo este o principal fator de risco para realização de nova cesariana seguido de fonte de financiamento privado do parto e pré-natal.

A forte associação encontrada entre cesárea prévia e realização de cesariana nos remete ao que diversos estudos já têm apontado quanto à importância de prevenir a cesárea entre as primíparas, pois esse fator pode influenciar nas gestações futuras atuando no incremento das taxas de parto operatório. Sugere-se a utilização dos Planos de Parto como ferramenta para estimular a reflexão dos desejos da mulher sobre o seu trabalho de parto bem como, a discussão sobre a indicação de um parto operatório caso necessário, considerando-se que este dispositivo influencia positivamente o processo de parto reforçando a autonomia das mulheres e aumentando sua satisfação.

Recomendam-se ações na saúde suplementar com vistas à redução das altas taxas de parto cirúrgico presentes neste setor. Importante ainda considerar a inserção de outros profissionais na assistência direta ao parto de baixo risco, como enfermeiras obstétricas ou obstetritzas e doulas, conforme já ocorre em outros países, a exemplo da Holanda, onde há menor intervenção médica e a participação de outros profissionais na assistência obstétrica, o que têm trazido resultados positivos.

Contribuição dos autores

Rasador S e Abegg C participaram na concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados bem como na redação do manuscrito. A coleta de dados

foi realizada por Rasador S. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

- Garcia SAL, Garcia SAL, Lippi UG. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. *Einstein*. 2010; 8(2) (parte 1): 241-7.
- Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10(3): 651-7.
- Carneiro LMA, Paixão GPN, Sena CD, Souza AR, Silva RS, Pereira A. Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. *Rev Enferm Cent O Min*. 2015; 5 (2): 1574-85.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília (DF), 2016.
- WHO (World Health Organization). Statement on caesarean section rates. Geneva: WHO. 2015 [acesso em 2017 jun 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSD, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30: 17-47.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]. 2015 [acesso em 2016 jun 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv.uf.def>.
- Accetta SG. Fatores de risco clínicos, obstétricos e demográficos relacionados à indicação de cesarianas em nulíparas em um hospital universitário: estudo de coorte prospectivo [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2011.
- Sakae TM, Freitas PF, D’Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (3): 472-80.
- Leal MC, Silva AAM, Dias MA, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, Theme Filha MM, Domingues RMSM, Pereira APE, Torres JA, Bittencourt DAS, D’Orsi E, Cunha AJLA, Leite AJM, Cavalcante RS, Lansky S, Diniz CSG, Szwarcwald CL. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012; 9 (1): 15.
- Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016; 16 (1): 39-47.
- Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50 (5): 733-40.
- Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d’Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl. 1): S101-16.
- Freitas PF, Fernandes TMB. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19 (3): 525-38.
- Patel RM, Jain L. Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes. *Semin Perinatol*. 2010; 34 (4): 272-80.
- Freitas PF, Savi EP. Social inequalities in post-cesarean complication rates: a hierarchical analysis. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (10): 2009-20.
- Ferrari AP, Carvalhaes MAB, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19(1): 75-88.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 1 ed. rev. Brasília, DF; 2013. 318p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl.): S85-S100.
- Sandall J. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 4: CD004667.
- Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45 (1): 185-94.
- Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (12): 2909-18.
- Silveira DS, Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 231-41.
- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, Campodónico L, Bataglia V, Faundes A, Langer A, Narváez A, Donner A, Romero M, Reynoso S, Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006; 367 (9525): 1819-29.
- Pádua KS, Osis MJD, Faundes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (1): 70-9.
- Mazzoni A, Althabe L, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women’s preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011; 118: 391-9.

27. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36 (12): 548-54.
28. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39 (5): 761-7.
29. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (5): 1051-61.
30. Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil; 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/bento-goncalves_rs

Recebido em 5 de Fevereiro de 2018

Versão final apresentada em 6 de Junho de 2019

Aprovado em 5 de Agosto de 2019