

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL  
MESTRADO ACADÊMICO

**NATÁLIA RIBEIRO MANDARINO**

**ASPECTOS RELACIONADOS À ESCOLHA DO TIPO DE PARTO:**  
um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís,  
Maranhão

São Luís  
2008

**NATÁLIA RIBEIRO MANDARINO**

**ASPECTOS RELACIONADOS À ESCOLHA DO TIPO DE PARTO:**

um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís,  
Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Bethânia da Costa  
Chein

São Luís

2008

**NATÁLIA RIBEIRO MANDARINO**

**ASPECTOS RELACIONADOS À ESCOLHA DO TIPO DE PARTO:**

um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís,  
Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Bethânia da Costa Chein**

Orientadora

Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Vinícius José da Silva Nina**

Examinador

Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elba Gomide Mochel**

Examinadora

Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciane Maria Oliveira Brito**

Examinadora

Universidade Federal do Maranhão

A todas as mães que fizeram parte desta  
pesquisa

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Francisco Monteiro, pela sua experiência, dedicação, disciplina e pelas palavras de incentivo, minha eterna gratidão.

À minha filha Maria Clara, que acompanhou todo esse percurso, desde o primeiro momento da gestação, e que me trouxe alegria, inspiração e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Edmundo e Gracinha, fontes de inspiração e exemplos de vida.

À minha querida orientadora, Professora Doutora Maria Bethânia da Costa Chein, por sua compreensão, bondade, conhecimento e competência.

À Professora Doutora Elba Gomide Mochel, pelas valiosas sugestões para o aprimoramento do meu trabalho.

À Professora Doutora Luciane Maria Oliveira Brito, coordenadora do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Materno-infantil, pelos ensinamentos e incentivo.

À minha chefe, Professora Mestre Évila Brito Ribeiro, que, com bondade e compreensão, me liberou sempre que preciso e pelo tempo necessário para realização desta pesquisa.

À minha cunhada, Dra. Lícia Santana, que com dedicação e competência tantas vidas tem trazido à luz, pelo carinho e incentivo.

A Helena, secretária do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Materno-infantil, pela disponibilidade e colaboração durante todo o período do curso.

Aos hospitais que gentilmente cederam os seus espaços.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Tudo é individual no indivíduo, até a menor célula, o que significa que a totalidade toma parte em todas as experiências e em todos os passados. Daí a possibilidade da procriação”.*

Nietzsche

## RESUMO

O propósito da presente pesquisa foi analisar aspectos relacionados à escolha do tipo de parto e determinar as taxas de cesarianas em uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo transversal abordando 163 primíparas na maternidade pública e 89, na privada, com médias de idade de  $21,63 \pm 5,24$  e  $28,8 \pm 5,41$  anos, respectivamente, admitidas consecutivamente, entre fevereiro e maio de 2007. No pré-parto, pesquisou-se a preferência das gestantes em relação ao tipo de parto, vaginal ou cesáreo. No pós-parto, foram colhidas informações acerca das características sócio-demográficas, assistência pré-natal, tipo de parto realizado e satisfação com a via de parto escolhida, e indicações das cesarianas, procedendo-se uma análise comparativa univariada entre as amostras. Para análise estatística foi utilizado o programa Epi-info, adotando-se como significativo um  $p < 0,05$ . Havia maior proporção de pardas na maternidade pública e de brancas na privada. Na maternidade privada, registraram-se melhores níveis de escolaridade e renda. Quanto à via de parto, 79,1% das gestantes da maternidade pública afirmaram preferir o parto vaginal, enquanto na maternidade privada predominou a preferência pelo parto cesáreo (67,4%), com  $p < 0,0001$ . Nos 2 grupos, a maioria das gestantes referiu ter recebido assistência pré-natal (96,9 e 98,9%, respectivamente), sendo a mesma considerada completa em 57% das gestantes da maternidade pública e em 97,8% das da maternidade privada. O parto cesáreo foi realizado em 46% das mulheres da maternidade pública e em 97,8% das da privada ( $p < 0,0001$ ), havendo indicação clínica registrada em 94,7% dos casos da pública e em 63,2% dos da privada ( $p < 0,0001$ ); nesta, os restantes 36,8% dos casos foram rotulados como “a pedido”. As principais indicações de parto cesáreo na maternidade pública foram desproporção céfalo-pélvica (39,4%), DHEG (29,6%) e sofrimento fetal (25,4%) e na privada, desproporção céfalo-pélvica (45,5%), sofrimento fetal (27,3%) e DHEG (21,8%). O nível de satisfação das parturientes foi elevado com as duas vias de parto, em ambas as maternidades, porém o desejo de repetir o tipo de parto foi mais freqüentemente referido por aquelas submetidas ao parto vaginal (71,6% x 41,3%, na pública e 100% x 65,5%, na privada). Na amostra da maternidade pública, o subgrupo cesariana apresentava uma maior proporção de mulheres brancas e de melhor renda. Portanto, neste estudo, a taxa de cesarianas foi elevada nas duas maternidades, porém significativamente maior na privada, onde se verificou ainda uma maior proporção de cesarianas “a pedido”, sendo observada preferência pelo parto vaginal na maternidade pública e pela cesariana, na privada. Maiores proporções de mulheres brancas e de melhor renda estiveram associadas de forma significativa à realização do parto cesáreo na maternidade pública.

Palavras-chave: Tipos de parto. Maternidade pública. Maternidade privada.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze some aspects related to the choice of the type of delivery and assess the rates of caesarean sections in two referral maternity hospitals, a public and a private one, in São Luís, State of Maranhão, Brazil. Through a cross-sectional study, 163 primiparous women at the public maternity and 89, at the private one, with medium ages of  $21,63 \pm 5,24$  e  $28,8 \pm 5,41$  years respectively, admitted consecutively, were aborded. In the antepartum period, the women were asked about their preference in regard to the manner of giving birth: via vaginal or by caesarean section. In the postpartum period it were obtained informations about social-demographic data, prenatal care, the type of delivery accomplished and women's satisfaction with each type, and the indications for the caesarean sections, being made an univariate comparison between the two samples. The statistical analyze was processed in the Epi-info program, being considered significant a  $p < 0,05$ . There were more brown women at the public hospital e more white ones at the private maternity. At the private maternity it was observed too a better level of scholarship and income. In regard to the type of delivery, 79,1% of the childbearings at the public maternity said to prefer the vaginal way, while the majority (67,4%) of the private unit women expressed their preference for the caesarean section ( $p < 0,0001$ ). In the two groups, the majority of the women related to have received prenatal care (96,9 and 98,9%, respectively), being complete in 57% and 97,8% of the childbearings, respectively. The caesarean section was accomplished in 46% of the women at the public maternity and in 97,8% of those ones attended at the private maternity ( $p < 0,0001$ ), being registered a medical indication in 94,7% and 63,2% of the cases, respectively ( $p < 0,0001$ ); in the private unit, the remaining 36,8% cases were ascribed to "maternal request". The main indications for caesarean section at the public maternity were cephalo-pelvic disproportion (39,4%), pregnancy-induced hypertension (29,6%) and foetal distress (25,4%), and at the private one, cephalo-pelvic disproportion 45,5%), fetal distress (27,3%) and pregnancy-induced hypertension (21,8%). The satisfaction rate of the women was high with both types of delivery, at both maternities, but the intention to repeat the type of delivery was more frequently reported among those ones submitted to a vaginal delivery (71,6 x 41,3%, at the public, and 100 x 65,5%, at the private maternity). Among the childbearings assisted at the public hospital, the caesarian subgroup presented a higher proportion of whites and women with better income. So, in the present study, caesarean sections rates were elevated in both public and private maternities, but significantly higher at the private one, where it was observed too a higher proportion of caesarian sections ascribed to "maternal request". It was evidenced yet a higher preference for vaginal delivery at the public maternity and for caesarian section at the private one. White race and better income were significantly associated with the occurrence of caesarean sections at the public maternity.

Keywords: Type of delivery. Public maternity. Private maternity.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RN - Recém-nato
- SADT - Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia
- SPR - Serviço Privado
- SPU - Serviço Público
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da proporção de cesarianas ocorridas, de acordo com a região e as unidades federativas, com maior e menor taxa. Brasil, 2004 .....	28
Tabela 2 - Distribuição das mulheres de acordo com as características sócio-demográficas. São Luís, Maranhão, 2007 .....	34
Tabela 3 - Distribuição das mulheres de acordo com a idade da menarca e da primeira relação sexual. São Luís, Maranhão, 2007 .....	35
Tabela 4 - Distribuição das mulheres de acordo com a preferência pela via de parto. São Luís, Maranhão, 2007 .....	36
Tabela 5 - Distribuição das mulheres de acordo com a assistência pré-natal recebida. São Luís, Maranhão, 2007 .....	37
Tabela 6 - Distribuição das mulheres de acordo com o tipo de parto realizado e motivo da cesariana. São Luís, Maranhão, 2007 .....	37
Tabela 7 - Distribuição das mulheres de acordo com as indicações do parto cesáreo. São Luís, Maranhão, 2007 .....	38
Tabela 8 - Distribuição das mulheres de acordo com a taxa de concordância entre a preferência e o tipo de parto realizado. São Luís, Maranhão, 2007 .....	38
Tabela 9 - Distribuição das mulheres de acordo com a satisfação com o tipo de parto realizado e intenção de repetir. São Luís, Maranhão, 2007 .....	39
Tabela 10 - Distribuição das características das parturientes da maternidade pública, de acordo com a via de parto. São Luís, Maranhão, 2007 .....	40

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	15
2.1	Histórico e tipos de parto	15
2.2	Aspectos psicossociais do parto	19
2.3	Indicações de cesariana e riscos associados	20
2.4	Fatores que influenciam na escolha do tipo de parto	22
2.5	Prevalência de cesarianas	27
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	29
3.1	Geral	29
3.2	Específicos	29
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	Local e período de estudo	30
4.3	Amostra	30
4.4	Instrumento de coleta de dados	31
4.5	Análise e tabulação de dados	31
4.6	Aspectos éticos	32
4.7	Dificuldades encontradas	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	33
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	41
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	46
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	54
	ANEXO	57

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha do tipo de parto, vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana), é assunto complexo e polêmico. A cesariana, outrora considerada um procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, é na atualidade um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja escolha é frequentemente atribuída à gestante (BELIZAN et alli, 1999; SCOTT, 2002; ANDERSON, 2004; FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; D'ORSI et alli, 2006; BERGERON, 2007; CHIGBU; EZEOME; ILOABACHIE, 2007; LOBEL; DeLUCA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%, no entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos, como mostra o gráfico 1.

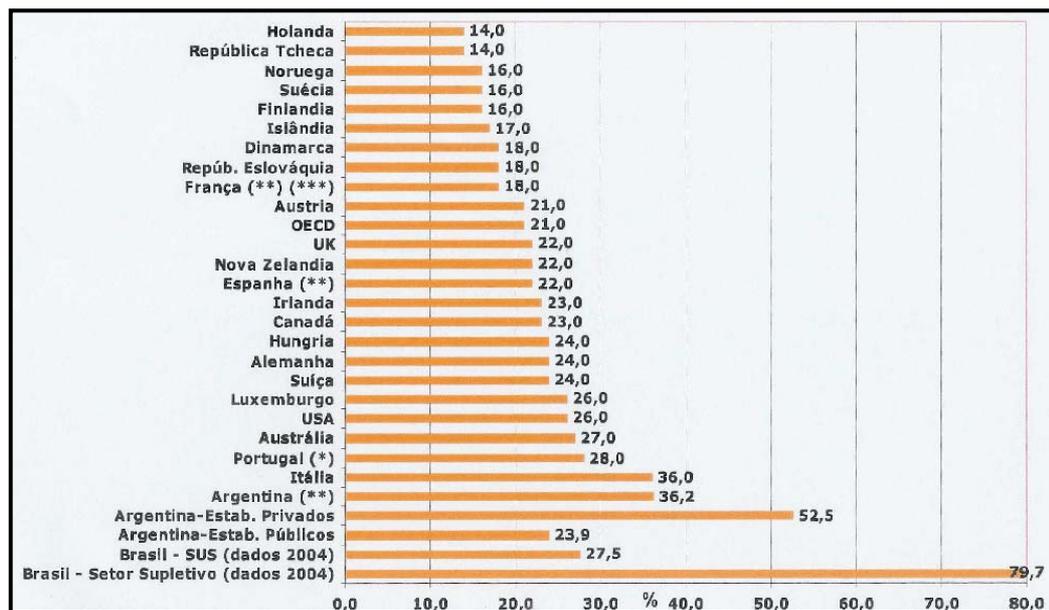


Gráfico 1 – Distribuição das taxas de cesarianas em diversos países. 2005

Fontes: Associação Nacional de Saúde Suplementar (2008)

\* Somente dados de hospitais públicos, o que implica em super-estimação dos partos cesáreos, segundo a fonte

À semelhança de outros países em desenvolvimento, o Brasil em geral apresenta taxas de cesarianas superiores àquela preconizada pela OMS, superando os 35% em geral e ultrapassando os 70%, quando se considera apenas o serviço privado (SPR) (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997; BELIZAN et alli, 1999; HOPKINS, 2000; FREITAS et alli, 2005; D'ORSI et alli, 2006).

Entre as unidades federativas brasileiras não existe nenhuma que apresente valores dentro dos parâmetros desejáveis pela OMS. O Amapá, localizado no extremo norte do país, e São Paulo, na região sudeste (sócio-economicamente mais desenvolvida) apresentam respectivamente a menor (23,42%) e a maior (53%) taxa proporcional de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b).

Essas cifras têm colocado o Brasil em posição de destaque, pois em nenhum outro país se observa uma curva de crescimento tão acentuada (FAÚNDES; CECATTI, 1998; FREITAS et alli, 2005).

As cesáreas acarretam aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se a infecção puerperal e a prematuridade. Também se associa com um retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, maior tempo de assistência por profissionais de saúde durante a internação mais prolongada, maior uso de medicamentos, início tardio da amamentação e, por fim, elevação de gastos para o sistema de saúde.

Parece que o incremento das cesarianas não se deve apenas a questões médicas, sendo influenciado por diversos outros fatores relacionados à gestante, como as desigualdades sócio-econômicas, a situação geográfica, a faixa etária e a etnia (FAÚNDES; CECATTI, 1998; POTTER et alli, 2001; FREITAS et alli, 2005; D'ORSI et alli, 2006; HABIBA et alli, 2006).

Os médicos, muitas vezes apontados como promotores de uma cultura intervencionista por conveniência, alegam que muitas vezes a realização da cesariana é justificada também pelo desejo das gestantes, principalmente as de classes sociais mais favorecidas (HOPKINS, 2000; HABIBA et alli, 2006; LEEMAN; PLANTE, 2006), que prefeririam esta via para preservar a anatomia da genitália externa, para não sentir a dor do trabalho de parto e, entre aquelas com desejo de definir a prole, para aproveitar a ocasião e realizar a laqueadura tubária (esterilização cirúrgica) (FAÚNDES; CECATTI, 1998; COTZIAS; PATERSON-BROWN; FISK, 2001; FREITAS et alli, 2005; D'ORSI et alli, 2006; HABIBA et alli, 2006).

A “medicalização” do parto, ou seja, a mudança de assistência baseada na plausível segurança dos procedimentos médicos intervencionistas transformou o parto normal em um parto passível de intervenções, ou seja, de risco. Assim, o parto normal, antes considerado como aquele que ocorria sem intervenções desnecessárias, na atualidade, passou a significar parto vaginal dirigido ou orientado. Neste, a mulher invariavelmente permanece em jejum, independentemente do tempo de trabalho de parto, é levada para a sala de parto, onde, contra a ação da gravidade, fica em decúbito dorsal, com as pernas semi-fletidas

(litotomia), imobilizada ou semi-imobilizada e recebendo drogas injetáveis para acelerar o trabalho de parto, em geral associado à prática da episiotomia (incisão no períneo) e eventualmente ao uso de fórceps.

A tecnologia médica se apresenta, nesse sentido, como uma resposta necessária para o controle desse risco, justificando a legitimização social do parto cesáreo, como um procedimento seguro, indolor, moderno e ideal para qualquer grávida, adaptando-o para que se insira na orientação geral da medicina ocidental de beneficência (“poupar a mulher da dor”) (BARBOSA et alli, 2003).

Sob a égide do discurso feminista acerca do direito da mulher à escolha do parto, a prática obstétrica apropria-se deste discurso para justificar o pedido da gestante para a realização da cesariana (“cesárea a pedido”). Porém, a aparente “liberdade de escolha” outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações adequadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento (HOTIMSKY et alli, 2002; PENNA; ARULKUMARAN, 2003; McFARLIN, 2004).

É evidente que as taxas crescentes de cesarianas sem indicação médica tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento tem motivado diversas pesquisas e debates sobre a legalidade do procedimento cirúrgico sem uma necessidade médica identificada. Neste contexto, a Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que congrega todos os toco-ginecologistas brasileiros por intermédio da Associação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), através de seu Comitê de Aspectos Éticos da Reprodução Humana, apontou que não é ética a prática de cesariana sem uma indicação médica formal (PENNA; ARULKUMARAN, 2003).

Contrariamente a esta posição, o Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG) reafirma que se deve respeitar o direito da mulher (“autonomia do sujeito”) a decidir a via de parto, em pré-natal de baixo risco, estando a gravidez entre 39 e 40 semanas, desde que a mesma esteja informada e devidamente esclarecida sobre os riscos e benefícios do procedimento cirúrgico e assine um termo de consentimento livre e esclarecido, posição esta que tem suscitado debates e questionamentos éticos (LEEMAN; PLANTE, 2006; BERGERON, 2007; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2008).

A compreensão da diversidade de fatores que interferem na assistência ao parto, culminando nestas taxas elevadas de cesarianas, ainda carece de consenso na proposição de soluções para o controle destas taxas.

No município de São Luís (Maranhão), existem 13 hospitais que realizam assistência ao parto. Quatro são instituições públicas, três conveniados ao SUS e seis, privados, havendo uma oferta de 230 leitos (132 clínicos e 98 cirúrgicos) nos públicos, 100 nos conveniados do SUS (70 clínicos e 30 cirúrgicos) e 50 nos privados. No ano de 2006, foram realizados mensalmente, em média, 1.435,5 partos no SPU (inclusive o conveniado ao SUS). Do total de 17.226 partos realizados no referido ano, 3.703 foram cesarianas (27,38%) (BRASIL, 2006a).

Dados do SPR não estão disponíveis oficialmente. Além disso, outras informações relevantes, como a preferência das gestantes pela via de parto e os motivos alegados, não são de todo conhecidas. Tampouco se sabe se esta preferência está sendo correspondida, bem como se as parturientes estão satisfeitas com o tipo de parto realizado. É possível que fatores não clínicos, como nível sócio-econômico, informação inadequada e conveniência do médico, realmente influenciem na escolha da via de parto, como sugerem alguns autores (FAÚNDES; CECATTI, 1998; HOPKINS, 2000; FREITAS et alli, 2005; LEEMAN; PLANTE, 2006).

A presente pesquisa propõe-se a conhecer os desejos das parturientes relacionados a cada via de parto, bem como verificar e comparar a frequência de cesarianas, procurando-se identificar as suas indicações e outras variáveis determinantes da via de parto.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Histórico e tipos de parto

Na pré-história, o parto era retratado como uma experiência divina e atribuía-se às deusas (Ártemis, Ursa Primordial, entre outras) a responsabilidade por sua boa evolução. Nos primeiros séculos da Idade Média, as deusas deram lugar às parteiras, chamadas de “mães divinas”. O nascimento era considerado resultado da habilidade da parteira, mas, sobretudo, do desejo dos deuses (COX et alli, 1971).

A importância divina do nascimento era tal que aquelas mulheres que morriam durante o trabalho de parto recebiam as mesmas honrarias fúnebres que aqueles guerreiros mortos em batalhas. A boa evolução do parto associava-se a algumas superstições, entre elas a de que nenhum homem poderia presenciá-lo. Somente a partir dos séculos XVII e XVIII (Idade Média), alguns homens passaram a poder observar e participar do parto, que até então era geralmente realizado na vertical, de cócoras ou com variações como as “cadeiras”, introduzidas pelos egípcios e adotadas depois pelos gregos e romanos (COX et alli, 1971).

Na primeira metade do século XVII, surgiu o parto com fórceps (um par de colheres metálicas), cuja criação é atribuída a Peter Chamberlen. Em partos difíceis, o aparelho era encaixado na cabeça da criança, com o objetivo de facilitar a sua expulsão, e, em situações onde havia morte fetal intra-útero, era utilizado para esmagar a cabeça do feto e extraí-lo (COX et alli, 1971).

O parto cesáreo, como se conhece, já existia desde 710 a.C., quando Numa Pompílio, rei de Roma, promulgou uma lei, a *Lex Caesarea*, que determinava que toda grávida morta com mais de sete meses de gestação deveria ter seu ventre aberto para extração do feto.

Embora a origem do termo cesárea seja atribuída ao latim *caedo*, *caedici*, *caeso*, *caedere*, que significa cortar (REZENDE, 1991; RAJU, 2007), existe uma outra versão, controversa, para o mesmo. Acreditava-se ter surgido em decorrência do nascimento do Imperador Romano Caio Júlio César por esta técnica cirúrgica. No entanto, isso é improvável, já que a prática de cesariana até o final do século XIX levava invariavelmente à morte materna e sabe-se que a mãe de César (Aurélia) teve outros filhos. Além do mais, naquela época, era preconizada somente quando a gestante estava morta (REZENDE, 1991; MOREIRA et alli, 2003; RAJU, 2007).

A primeira operação cesariana brasileira é creditada a José Correia Picanço, tendo sido realizada em Pernambuco em 1822, não havendo menção sobre a sobrevivência ou não do feto. No Rio de Janeiro, entre os anos de 1815 e 1833, também existe o relato de cesariana realizada por Jerônimo Alves de Moura, também se ignorando a sobrevivência ou não da criança. Em 1855, na mesma cidade, tem-se a notícia do nascimento de feto vivo por cesariana executada por Luiz da Cunha Feijó, cuja mãe faleceu poucos dias depois. (REZENDE, 1991).

Foi sob a influência da escola obstétrica francesa em 1700, liderada por François Mauriceau, que o parto horizontal foi introduzido, sendo considerado na época a forma mais adequada aos costumes e a posição mais cômoda para os obstetras, principalmente, quando o uso do fórceps se fazia necessário (THÉBAUD, 2002).

A Igreja e o Cristianismo tiveram grande influência na gradual transferência da assistência ao parto, até então prestada pelas parteiras, para os médicos, graças à visão difundida de que o corpo da mulher associava-se a atos pecaminosos, era defeituoso e, portanto, estaria sujeito às intervenções médicas salvadoras. A cirurgia foi então incorporada à medicina e o parto passou a ser estudado como mecanismo físico (REZENDE, 1991).

Quanto aos tipos de parto, os mesmos passaram a ser classificados a partir da sua realização no ambiente hospitalar (medicalização e instrumentalização), em parto vaginal (normal) e operatório (cesárea). Tal medida teve seu início a partir do final da Primeira Guerra Mundial. A acentuada baixa demográfica e a fraca taxa de natalidade observadas no pós-guerra motivaram uma transferência crescente de parturientes para as maternidades hospitalares, que ofereciam cada vez mais segurança, objetivando salvaguardar a vida das mães e, mais ainda, das crianças, sob a perspectiva de aumento populacional (THÉBAUD, 2002).

Assim, com o início da atuação do médico obstetra, o parto normal, agora em ambiente hospitalar, passou a ser sinônimo de parto vaginal dirigido, que é aquele que, de rotina, é conduzido com a gestante isolada do companheiro ou familiar, em salas de pré-parto coletivas sem qualquer privacidade, com impossibilidade de livre movimentação, e geralmente em dieta zero, em uso de venóclise, para reposição hídrica, e drogas para acelerar as contrações uterinas e diminuir o tempo de trabalho de parto. Ao aproximar-se o período expulsivo, a gestante é então orientada a assumir a posição litotômica, com as pernas sobre suportes (perneiras), permanecendo imobilizada ou semi-imobilizada e com instrução para realizar força abdominal; neste momento outros profissionais (médicos, enfermeiras) podem ser requisitados para “ajudá-la”, empurrando manualmente o fundo uterino em sentido caudal

para “auxiliar” a descida do feto (manobra de Kristeller), o que é rotineiramente complementado pela realização da episiotomia (secção cirúrgica do períneo), procedimento que visa evitar lacerações perineais e facilitar a saída do feto (DINIZ, 2001).

Após a institucionalização do parto, muitas mulheres não conseguiam parir naturalmente por via vaginal, restando a opção de submeter-se a uma cesariana ou à aplicação de fórceps. Essas experiências traumáticas produziam efeitos lesivos e irreversíveis sobre o bebê e a família (THÉBAUD, 2002).

A partir de 1960, muitos jovens passaram a contestar a sociedade e a pôr em dúvida os valores tradicionais. Dentro do movimento revolucionário Híppie que se iniciava, alguns médicos e mulheres passaram a questionar o excesso de intervenções médicas e pleitear melhores condições para o nascimento, propondo o resgate do parto como um evento fisiológico, familiar e afetivo (COX et alli, 1971; THÉBAUD, 2002).

Posteriormente, novas “formas de nascer” passam a ser propostas e praticadas. O parto Leboyer, idealizado pelo francês Frédérick Leboyer, propõe que o feto seja o foco da maior atenção. O parto é realizado em ambiente silencioso, com pouca luz, esperando-se que o cordão umbilical pare de pulsar, para que ocorra a transição respiratória de forma mais suave; o bebê recebe massagem nas costas, toma banho em banheira com água morna ao lado da mãe e é estimulado a iniciar a amamentação precocemente (DWORKIN, 1980).

O parto de cócoras, vertical ou ativo, defendido por Janet Balaskas em Londres, em 1980, é aquele em que a mulher adota a posição vertical durante a fase expulsiva. Proposto como uma forma de parto mais rápida e cômoda para a mulher e mais saudável para o bebê, tem sido associado a menor incidência de depressão pós-parto e problemas de amamentação. As gestantes recebem aulas de yoga e são preparadas para uma participação mais ativa no parto, com liberdade para movimentação e ênfase na procura instintiva da melhor posição (GUPTA; HOFMEYR, 2004).

O parto na água, proposto pelo francês Michel Odent por volta de 1970, propõe que a parturiente seja colocada dentro de uma banheira com água quente e o bebê nasça ali mesmo. Além do conforto proporcionado à parturiente, tem-se alegado que o uso da água quente no trabalho de parto é um excelente coadjuvante no combate à tensão e à dor, ajudando significativamente na dilatação do colo uterino e contribuindo para que o bebê tenha um nascimento mais suave (ODENT, 2004).

O parto sem dor ou com analgesia surgiu graças aos recursos tecnológicos da medicina contemporânea. Apesar de ser um processo fisiológico, a dor do parto, quando intensa e persistente, acarreta respostas neuroendócrinas, metabólicas e inflamatórias

prejudiciais à manutenção de condições materno-fetais estáveis (homeostase), gerando estresse físico e emocional significativo (MATHIAS; TORRES, 2001).

A dor no trabalho de parto é progressiva, comprometendo gradativamente os plexos nervosos. Inicia-se como resultado da dilatação do colo, distensão do corpo uterino e tração deste, durante a contração uterina, que geram estímulos transmitidos pelas fibras espinhais localizadas entre a décima vértebra torácica (T10) e a primeira (L1) ou segunda vértebra lombar (L2), ao que se soma posteriormente a distensão pélvica e do períneo, que estimula o nervo pudendo, localizado entre a segunda e quarta vértebras sacras (S2-S4) e que também envolve os dermatomos (áreas da pele inervadas por fibras provenientes de uma única raiz nervosa) entre a T10 e a S4 (YAMASHITA; AMARAL, 2005).

O alívio da dor durante o trabalho de parto promove conforto materno e controle do estresse. Entre as alternativas disponíveis para este fim, existem os métodos não-farmacológicos, a analgesia sistêmica e os bloqueios regionais. No Brasil, as técnicas mais utilizadas são a analgesia peridural contínua, o duplo bloqueio (associação raqui-peridural) e a raquianestesia (MATHIAS; TORRES, 2001; YAMASHITA; AMARAL, 2005).

A raquianestesia com injeção única de anestésico local instala-se rapidamente e, por isso, é técnica amplamente indicada no período expulsivo do parto.

A analgesia peridural é, no entanto, a preferida e mais difundida no tratamento da dor. Pode ser instituída em todas as fases do trabalho de parto, independentemente do grau de dilatação do colo uterino (MATHIAS; TORRES, 2001; YAMASHITA; AMARAL, 2005). O controle da dor é obtido administrando-se doses progressivamente maiores de anestésicos em consonância com a fase do trabalho de parto, sendo, portanto, necessária uma estreita interação profissional entre o obstetra e o anesthesiologista, para que o efeito farmacológico não interfira no tônus muscular da parturiente (YAMASHITA; AMARAL, 2005).

A inserção de cateter no espaço peridural na analgesia peridural contínua permite realizar analgesia prolongada e limitada aos segmentos correspondentes à dor de cada período do parto, evitando-se o relaxamento precoce do períneo, que poderia interferir com a rotação interna do feto e com o tônus da musculatura abdominal, muito importantes para o sucesso do parto vaginal sem dor (YAMASHITA; AMARAL, 2005).

Já a analgesia obtida pelo bloqueio combinado raqui-peridural instala-se rapidamente e permite uma maior extensão do tempo analgésico. Este método associa-se a um menor bloqueio motor e simpático que o peridural, o que permite em muitos casos a deambulação precoce da parturiente. Outra vantagem adicional é sua aplicabilidade em fase

adiantada do trabalho de parto, quando se impõe rápido controle da dor e mínimo bloqueio motor e simpático (YAMASHITA; AMARAL, 2005).

## 2.2 Aspectos psicossociais do parto

O parto está associado a uma transição do *status* de mulher para o de mãe. Propicia uma grande mudança na vida, representando um momento de alegria, pela expectativa do nascimento do filho. Porém, traz consigo aspectos contraditórios da natureza humana como alegria e dor, esperança e medo, fortalecimento e insegurança, renovação e morte.

Embora a fisiologia do parto seja a mesma, ele não deve ser tratado apenas de forma fisiológica, pois é um evento biossocial construído, único para cada pessoa, cercado de diversos valores e caracterizado individualmente pela absorção das percepções sensoriais (dimensão sensitivo-discriminativa), emocionais (dimensão afetivo-emocional) e culturais (dimensão cognitiva).

Assim, fatores como a presença ou não de uma figura de suporte, a participação ativa ou não da mulher nas tomadas de decisão, a utilização ou não de métodos analgésicos e, principalmente, o tipo de parto realizado são determinantes importantes da experiência de parto vivenciada por cada mulher (FIGUEIREDO et alli, 2003; DOMINGUES et alli, 2004; LOBEL; DeLUCA, 2007).

No Brasil, tem-se observado que o parto é geralmente tratado apenas como um evento médico, muitas vezes sendo subestimados os sentimentos e as expectativas das gestantes e outros aspectos de natureza cultural e afetivo-emocional. Nesse modelo, denominado médico ou tecnológico, a gestante é tratada como paciente, os partos ocorrem em sua maioria em ambiente hospitalar, sendo o médico, o profissional responsável pela sua assistência, com utilização intensiva de intervenções obstétricas e muitas vezes inobservância de princípios fundamentais de humanização (ALVES; SILVA, 2000; HOPKINS, 2000; DOMINGUES et alli, 2004; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; D'ORSI et alli, 2006; MACHADO; PRAÇA, 2006).

Considerando-se o parto um evento de extrema vulnerabilidade emocional, o apoio psicológico à gestante e a participação da família no processo são de suma importância, principalmente nas tomadas de decisão. Estudos demonstram que a gestante quando acompanhada por alguém de sua confiança no momento do parto, geralmente o marido ou a

mãe, apresenta melhor evolução e menor incidência de complicações (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; D'ORSI et alli, 2006).

No entanto, apesar da Portaria nº. 2.418/GM, de 2 /12/ 2005, que regulamenta em conformidade com o Art. 1º da Lei nº. 11.108, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS (BRASIL, 2006c), tem-se observado na prática o pouco cumprimento desta Lei bem como de outros aspectos ligados à humanização em nossos hospitais, sendo geralmente alegado como motivo a falta de infra-estrutura dos mesmos.

Finalmente, o termo parto humanizado, fruto de uma estratégia do Ministério da Saúde em junho de 2000 com a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelece que a mulher e o recém-nascido devem ser considerados como sujeitos de direito e não como objeto passivo de atenção. Neste contexto, significa garantir recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e à atenção puerperal, estabelecendo critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Para a gestante, o PHPN representa liberdade de escolha e o direito a receber atendimento que satisfaça de fato as suas necessidades. O profissional deve oferecer-lhe opções de acordo com o pré-natal e seu desenvolvimento e a gestante deve ter o direito de escolher onde ter o parto, que posição adotar e que acompanhante terá a seu lado neste momento. Devem ser-lhe garantidos ainda a liberdade de movimentação e o direito de ser bem atendida e amamentar na primeira meia hora de vida do bebê (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; BRASIL, 2006a).

### **2.3 Indicações de cesariana e riscos associados**

Embora a recomendação da cesariana deva limitar-se a garantir o bem-estar físico da gestante e do bebê, o que se tem observado é que a sua prevalência tem sido cada vez maior em decorrência de diversos fatores não relacionados apenas às questões de saúde da mulher (GOLINO; CHEIN; BRITO, 2006).

As indicações de cesariana podem ser classificadas em maternas, fetais e anexas. As maternas incluem desproporção céfalo-pélvica (DCP), doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), duas ou mais cesarianas anteriores, discinesia uterina grave irresponsiva à terapêutica, distócia de colo (rigidez, tumores), câncer de colo uterino, condilomatose vulvo-

perineal extensa, herpes genital em atividade, atresia vaginal e morte recente da gestante com feto presumivelmente vivo (GOLINO; CHEIN; BRITO, 2006).

Constituem indicações fetais de cesariana: sofrimento fetal agudo, macrossomia, gemelaridade quando um ou os dois fetos estão em apresentação anômala e malformações fetais (gêmeos acolados, espinha bífida, meningomielocele).

São indicações anexas: placenta prévia, descolamento prematuro da placenta (DPP) e prolapso do cordão umbilical com feto vivo (GOLINO; CHEIN; BRITO, 2006).

A indicação é considerada absoluta quando a mãe e/ou o feto morreriam caso a operação não fosse realizada. Nesta categoria incluem-se placenta prévia oclusiva, prolapso de cordão com feto vivo, iminência de ruptura uterina e descolamento de placenta grave, que conjuntamente representam 5,8 a 8,5% de todos os partos (SILVA; MORAES FILHO; COSTA, 2005).

Por outro lado, há uma maior probabilidade de ser necessária a realização de cesariana entre parturientes adolescentes, nulíparas, com idade maior ou igual a 35 anos e em casos de gestações pós-termo (SILVA; MORAES FILHO; COSTA, 2005).

A cesariana está associada a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada com o parto vaginal, sendo sua principal consequência, quando programada, a imaturidade pulmonar fetal, que pode ocasionar síndromes respiratórias, clinicamente caracterizadas por hipertensão pulmonar, taquipnéia transitória ou angústia respiratória, situações cujo tratamento pode requerer internação em unidades de terapia intensiva, com consequente aumento da morbimortalidade neonatal (McFARLIN, 2004).

Outras possíveis complicações para o recém-nato são: icterícia fisiológica, hipoglicemia e interferência no vínculo mãe-filho, principalmente no que concerne ao início do aleitamento materno (FAÚNDES; CECATTI, 1998; HOTIMSKY et alli, 2002).

Estima-se que a cesariana aumente o risco de morte materna em 2 a 7 vezes (SANTOS et alli, 1998; WAGNER, 2000), o de infecções puerperais, hemorragias, lesões no ureter, bexiga, intestino e vasos, lacerações da cérvix, vagina e ligamentos, em 5 a 10 vezes, e o de complicações como embolias e acidentes anestésicos, em cerca de 8 a 20 vezes (FAÚNDES; CECATTI, 1998; SANTOS et alli, 1998). Além disso, a histerorrafia realizada na cesariana pode deixar como seqüela, em algumas pacientes, uma cicatriz com retração endometrial, que é fator predisponente para ocorrência de placenta prévia em futuras gravidezes bem como para sangramento uterino irregular tipo “borra de café”, persistente ao término do fluxo menstrual.

Entre os acidentes anestésicos, destacam-se as reações anafiláticas com risco potencial de morte e vários outros distúrbios, como distensão abdominal, aspiração de vômitos, diminuição da peristalse intestinal, desconforto para deambular e sentar e maior necessidade de analgésicos, todos capazes de interferir de alguma maneira no sucesso do aleitamento materno, nas primeiras 24 horas pós-parto. Adicionalmente, há maior consumo de recursos hospitalares, incorrendo em maiores custos, bem como aumento do tempo de permanência hospitalar e conseqüente morbidade (CARNEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007; FAÚNDES; CECATTI, 1998; HOTIMSKY et alli, 2002).

Lobel e DeLuca (2007) sugerem, ademais, que, além das complicações orgânicas maternas e neonatais, mulheres submetidas a cesariana tendem a apresentar mais distúrbios psicossociais, traduzidos por uma percepção menor da maternidade, e provavelmente maior probabilidade de distúrbios de humor no pós-parto.

Quanto à atividade sexual, embora a manutenção de sua qualidade, devido à preservação da anatomia perineal, seja um motivo freqüentemente alegado para se preferir um parto cesáreo, não há na literatura qualquer evidência que suporte tal suposição (HANDA, 2006).

Um estudo de 106.546 partos ocorridos em 8 países da América Latina demonstrou, no entanto, que a cesariana, apesar de ter aumentado o risco de morbidade importante e mortalidade materna e neonatal em partos de apresentação cefálica, promoveu redução do risco global em apresentações pélvicas e o risco de morte fetal em apresentações cefálicas (VILLAR et alli, 2007).

Por fim, é preciso frisar, no entanto, que, provavelmente por motivos éticos, nenhum estudo randomizado, comparando cesariana com parto vaginal, foi até o momento conduzido. Assim, os dados disponíveis na literatura sobre complicações atribuídas à cesariana, comparativamente ao parto vaginal, se baseiam em estudos observacionais (McFARLIN, 2004).

## **2.4 Fatores que influenciam na escolha do tipo de parto**

Nos últimos 20 anos tem-se observado um aumento dramático da incidência de cesarianas, concomitantemente a uma diminuição na taxa de mortalidade infantil. Tal associação, no entanto, não pode ser apontada como uma relação de causa e efeito, pois, paradoxalmente, as taxas de cesarianas no Brasil são menores entre as gestantes de baixo poder aquisitivo, população esta que sabidamente apresenta os maiores índices de

complicações obstétricas que, em algum momento, poderiam justificar o parto operatório. (SHEARER, 1993; FAÚNDES, CECATTI, 1998; SERRUYA; CEGATI; LAGO, 2004).

As possíveis justificativas para as cesarianas, tanto por parte das mulheres como dos médicos sofrem, sem dúvida, influências de fatores sócio-culturais, institucionais e legais (D'ORSI et alli, 2006; FAÚNDES; CECATTI, 1998; HSU; LIAO; HWANG, 2008).

O medo da dor durante o trabalho de parto e parto tem sido tradicionalmente apontado como um dos fatores que levam muitas mulheres a preferirem a cesariana, por acreditarem que esse procedimento cirúrgico não cause tanta dor como o parto vaginal (HOPKINS, 2000; WAGNER, 2000). Realmente, o relato de dor durante o trabalho de parto, principalmente entre as primíparas, é freqüente, embora não haja estudos suficientes sobre sua prevalência, intensidade e qualidade. O certo é que o processo evolutivo da dor do parto existe e biologicamente pode ser explicado, conforme já mencionado.

Porém, segundo Pereira et alli (1998), a opção pela cesárea como forma de evitar a dor não se justifica, uma vez que existe a analgesia peridural contínua, um procedimento eficaz para minimizar ou abolir a dor do parto, com a grande vantagem de permitir a cuidadosa titulação da dose do anestésico, de acordo com as necessidades obstétricas e maternas.

Por outro lado, conforme afirmam Figueiredo et alli (2003), o desconforto vivenciado pelas parturientes durante o trabalho de parto e no pós-parto não é significativamente diferente entre as duas vias de parto. Ou seja, a dor do parto, mesmo sendo amenizada pela analgesia do parto vaginal ou cirúrgico, faz-se sempre presente, desde o pré até o pós-parto, variando de intensidade conforme as condições físicas e emocionais da parturiente assim como a qualidade da assistência a ela prestada nestes momentos.

Em acordo com o exposto, Perpétuo, Bessa e Fonseca (1998) enfatizaram, em seu estudo, que a dor não foi determinante da opção pela cesariana. Ao contrário, segundo os autores, o medo da dor do parto vaginal, que figura prioritariamente na percepção dos médicos como motivo, foi referido apenas excepcionalmente pelas mulheres entrevistadas, que manifestaram que a dor após uma cesariana, é, na verdade, o principal motivo para preferirem o parto vaginal. Além disso, neste mesmo estudo, entre as mulheres que já haviam experimentado as duas vias de parto, a menor dor foi citada 10 vezes mais freqüentemente como motivo para preferir a via vaginal.

Há também um conceito bem difundido de que, enquanto a cesariana preserva a anatomia e fisiologia do aparelho genital, o parto vaginal pode modificá-las, prejudicando posteriormente o coito e, conseqüentemente, o prazer sexual. No entanto, os danos ao

aparelho genital, quando ocorrem, provavelmente resultam de uma assistência ao trabalho de parto negligente ou praticada por profissionais sem qualificação ou com treinamento inadequado para reconstituir o períneo, se necessário (FAÚNDES; CECATTI, 1998; WAGNER, 2000; POTTER et alli, 2001).

Até mesmo o medo da cicatriz provocada pela cesariana, na atualidade, deixou de ser um motivo para evitá-la, pois a incisão cada vez mais próxima da sínfise púbica fica encoberta quando da presença dos pêlos pubianos.

Outro fator cultural facilitador da cesariana é a crença muitas vezes transmitida à gestante durante o pré-natal de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que a cesariana (BARBOSA et alli, 2003; D'ORSI et alli, 2006). Assim, um resultado neonatal desfavorável após um parto vaginal muitas vezes é atribuído ao fato de o médico não ter realizado uma cesariana. Por outro lado, se este mau resultado ocorrer após uma cesariana será entendido como uma fatalidade, pois estaria acontecendo “apesar” da cesariana. Evidentemente é muito importante, em qualquer situação, um perfeito conhecimento das fases do trabalho de parto e sua duração e das situações clínicas indicativas de riscos potenciais para o binômio materno-fetal, para que a melhor opção seja feita em cada caso (FAÚNDES; CECATTI, 1998; D'ORSI et alli, 2006).

A realização da cesariana parece ser mais segura e cômoda que o fisiológico parto normal provavelmente para aqueles profissionais inseguros, com pouco saber ou treinamento em identificar sinais de sofrimento fetal que possam justificar a sua indicação. Para estes, esta indicação no início do trabalho de parto ou em uma gravidez a termo parece “poupar” tempo e preocupação para possíveis desfechos desagradáveis.

Já D'Orsi et alli (2006) apontam ainda que a opção pelo parto operatório pode ser resultado de uma longa jornada de trabalho, onde o cansaço do profissional pode dificultar o acompanhamento criterioso de um trabalho de parto normal.

O desejo de realizar uma esterilização cirúrgica, ou seja, a laqueadura tubária no momento do parto, método que responde por metade de toda a contracepção praticada no Brasil, tem sido referida como um dos principais motivos para o parto cirúrgico em múltiparas em nosso país (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998).

Outro aspecto que pode influenciar na escolha da via do parto é experiência anterior: se o parto anterior foi operatório, julga-se geralmente incapaz de se realizar o parto vaginal (FAÚNDES; CECATTI, 1998; HOTIMSKY et alli, 2002; D'ORSI et alli, 2006; MARTIN et alli, 2007).

A frequência de cesariana é mais alta entre as mulheres que residem em regiões mais desenvolvidas, de melhor situação sócio-econômica, que iniciaram o pré-natal precocemente e foram atendidas em hospital privado (FAÚNDES; CECATTI, 1998; PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998; ALVES; SILVA, 2000; MORAES; GOLDENBERG, 2001; BEHAGUE; VICTORA; BARROS, 2002; CARNEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007). Paradoxalmente, são estas as características que teoricamente deveriam favorecer a realização de parto vaginal, uma vez que não estão associadas a situações de risco para as quais haveria indicação obstétrica para realização do parto por via abdominal. Neste cenário, portanto, a cesariana perde sua característica de parto voltado para situações de exceção, nas quais não seja realmente possível a realização do parto vaginal.

Há também uma nítida influência do nível de escolaridade sobre a opção pelo parto cesáreo. Em 1996 no Brasil verificou-se que, enquanto apenas 13% das mulheres sem nenhuma instrução tinham tido parto cesáreo, esta taxa foi de 37%, 55% e 81%, respectivamente, entre as mulheres com até 1º grau, 2º grau e nível superior (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

A influência do médico sobre a decisão pela cesariana é um argumento identificado em diversas pesquisas (ALVES; SILVA, 2000; HOPKINS, 2000; D'ORSI et alli, 2006; CARNEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007). Assim, fatores como a conveniência para o médico e, muitas vezes, o seu despreparo para conduzir um trabalho de parto vaginal podem justificar o predomínio de cesarianas “a pedido”, especialmente nas maternidades privadas (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998; HOPKINS, 2000; HOTIMSKY et alli, 2002; D'ORSI et alli, 2006; CARNEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007).

A preferência dos obstetras pela intervenção cirúrgica, pelo menos no âmbito do SPR, parece justificar-se pela comodidade da hora programada, o menor dispêndio de tempo necessário para sua realização, bem como pela possibilidade de utilizar feriados, finais de semana e horários noturnos, o que diminui o prejuízo a compromissos já programados, tanto de natureza pessoal e familiar como profissional.

A cesariana, em geral, não toma mais do que 2 horas do profissional, incluindo o tempo cirúrgico e a atenção aos familiares; já o trabalho de parto pode demorar em média 10 horas ou se estender por mais de 24 horas, a depender das características individuais e paridade da gestante. Além disso, o acompanhamento dedicado do trabalho de parto não garante o sucesso do parto vaginal, pois, às vezes, depois de muitas horas de evolução, poderá culminar com a indicação da cesariana.

A dedicação do profissional, ao ter que acompanhar um trabalho de parto de forma esporádica (por exemplo, uma vez por semana), durante certo tempo pode ser compensadora, entretanto, ao se tornar uma atividade repetitiva, o mesmo terá sua vida pessoal muito prejudicada, uma vez que passará a viver em função da assistência às suas clientes em trabalho de parto. Por essa ótica, a satisfação profissional, ainda mais sem a correspondente valorização em termos de remuneração, dificilmente suplantarão o prejuízo da qualidade de vida decorrente, tornando-se grande a sedução pela cesariana.

Um estudo multicêntrico europeu, envolvendo 1530 médicos de 105 maternidades de 8 países, demonstrou claramente a propensão dos profissionais para realizar uma cesariana atendendo à solicitação da gestante mesmo na ausência de qualquer indicação clínica, variando esta propensão de acordo com o país analisado. Assim, enquanto os obstetras espanhóis atenderam à solicitação de cesariana sem indicação em 15% dos casos, no Reino Unido esta solicitação foi acatada em 79% dos casos, verificando-se índices intermediários nos demais países (HABIBA et alli, 2006). Medo de implicações legais em caso de complicações do parto vaginal e respeito ao princípio de autonomia da mulher são motivos alegados para estes resultados.

Por outro lado, no SPU, a opção pela via de parto não altera em nada a dedicação profissional, pois o obstetra já está no hospital em regime de plantão e, ao final deste, outro profissional poderá continuar a assistência necessária. Ou seja, independentemente da via de parto, cesariana ou vaginal, o profissional terá um horário para deixar o plantão, sem interferência em sua remuneração.

Além dos fatores acima discutidos, D'Orsi et alli (2006), em estudo de caso-controle realizado em maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro, identificaram como preditores de maior chance para realização de cesariana os seguintes: primiparidade, hipertensão arterial, idade de 20 a 34 anos, dilatação cervical abaixo de 3 cm à admissão, preferência da mulher por cesária, horário diurno, obstetra do sexo masculino, obstetra que trabalha mais de 24 horas semanais de plantão, obstetra com consultório particular, apresentação fetal não-cefálica e idade gestacional > 41 semanas. Por outro lado, o mesmo estudo identificou como fatores associados a menor probabilidade de realização de cesariana a prematuridade, sinais de trabalho de parto ao sair de casa, uso de ocitocina e amniotomia.

Finalmente, exemplificando a multiplicidade de fatores de várias ordens capazes de interagir e influenciar na escolha do tipo de parto, uma pesquisa realizada no Taiwan verificou que a crença popular conhecida como Pe-Ji, segundo a qual o momento do nascimento (hora, dia, mês e ano) tem um papel crucial no destino do recém-nato, influencia

no aumento da taxa de cesarianas daquele país, uma das mais elevadas do mundo, uma vez que o parto operatório permite eleger o momento do nascimento (HSU; LIAO; HWANG, 2008).

## **2.5 Prevalência de cesarianas**

Embora a OMS preconize uma taxa de até 15%, em muitos países, mesmo do primeiro mundo, esse limite tem sido ultrapassado (GUISE; HASHIMA; OSTERWEIL, 2005). Martin et alli (2007) relataram uma taxa de 29,1% nos EUA, observando aumento notadamente entre as primíparas e aquelas que tiveram cesariana após terem a experiência anterior do parto vaginal. Contrastando com o sistema de saúde americano, nitidamente hospitalocêntrico, na Holanda, onde o sistema de atenção ao parto privilegia o atendimento domiciliar e conta com a participação efetiva de parteiras, a taxa de cesarianas não ultrapassa os 10 a 15%, o que corrobora a importância do modelo de assistência, que, neste país, difere bastante do da maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (SAKALA, 1993).

As taxas de cesarianas em outros países são bastante variáveis. De acordo com Anderson (2004), no Canadá situam-se em torno de 25% e na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte estão acima de 20%. Em 2002, as taxas na Noruega e na Finlândia estavam em torno de 16%. No mesmo ano, a França teve 18,6% de partos cesáreos, a Espanha 23,4% e a Itália 36,1% (CARNEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007). Entre 1991 e 2006, no Taiwan, a taxa de cesáreas variou entre 30 e 35% (HSU; LIAO; HWANG, 2007).

Na América Latina, Belizan et alli (1999) realizaram um grande estudo ecológico, onde identificaram que em apenas 7 dos 19 países analisados, apresentaram taxas menores que 15%; nos restantes, onde ocorreram 81% dos partos, houve uma variação entre 16,8% (Colômbia) e 40,0% (Chile). Em países como Argentina, México e Cuba, esse índice se situou em torno de 25%. Com base no limite aceitável de 15% de cesarianas preconizado pela OMS, estes autores estimam que a cada ano 850.000 partos cirúrgicos são realizados desnecessariamente na América Latina.

No Brasil, em 2004, a taxa média de cesarianas foi de 42,72%, uma das mais elevadas do mundo, variando entre 23,42% no Amapá e 53% em São Paulo (tabela 1) (BRASIL, 2006b).

Tabela 1 - Distribuição da proporção de cesarianas ocorridas, de acordo com a região e as unidades federativas, com maior e menor taxa. Brasil, 2004

<b>Região e Unidade da Federação</b>	<b>(%)</b>
<b>Região Norte</b>	33,22
Rondônia	51,95
Amapá	23,42
<b>Região Nordeste</b>	31,51
Paraíba	38,15
Maranhão	25,61
<b>Região Sudeste</b>	50,46
São Paulo	53,00
Minas Gerais	45,23
<b>Região Sul</b>	48,22
Paraná	49,38
Rio Grande do Sul	47,34
<b>Região Centro-Oeste</b>	47,61
Goiás	49,64
Distrito Federal	43,60
<b>Total (média no Brasil)</b>	<b>42,72</b>

Fonte: Adaptada Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Quando se considera apenas o SPR, estima-se que mais de 70% dos partos em nosso país sejam cirúrgicos (FAÚNDES; CECATTI, 1998; BELIZAN et alli, 1999). O aumento de cesarianas no Brasil começou a ocorrer a partir da década de 70; do início desta década para a década seguinte, houve um salto na taxa de 14,6% para 31,0%, atingindo os 40% na década de 90 (FAÚNDES; CECATTI, 1998; HOTIMSKY et alli, 2002).

De acordo com os dados de Alves e Silva (2000), a taxa de cesarianas em usuárias do SUS, no município de São Luís, Maranhão, manteve-se abaixo de 30% até o ano de 1994, quando atingiu 31,1%, aumentando ligeiramente, para 33,8%, em 1998.

No Brasil a prevalência de cesarianas está diretamente relacionada com as condições sócio-econômicas das parturientes, havendo uma grande variação no registro de cesarianas nas diversas regiões do país, verificando-se maiores índices nas regiões sudeste e centro-oeste e nas maternidades do setor privado em geral (HOTIMSKY et alli, 2002).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Analisar os aspectos relacionados à escolha do tipo de parto em duas maternidades de referência, uma pública e outra privada, em São Luís, Maranhão.

#### **3.2 Específicos**

- a) Analisar as características sócio-demográficas das gestantes;
- b) Pesquisar a preferência das gestantes quanto ao tipo de parto;
- c) Determinar as taxas de partos cesáreos;
- d) Conhecer os motivos apontados para realização dos partos cesáreos;
- e) Identificar as principais indicações clínicas dos partos cesáreos;
- f) Verificar a satisfação das parturientes com o tipo de parto realizado;
- g) Identificar as principais variáveis associadas ao tipo de parto realizado.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo transversal, descritivo e analítico.

### **4.2 Local e período do estudo**

O estudo foi realizado em duas unidades hospitalares, uma pública e outra privada, ambas consideradas de referência para atendimento obstétrico e perinatal no Estado, nos meses de fevereiro e março, na primeira, e abril e maio de 2007, na segunda.

O serviço público (SPU) localiza-se no centro da capital e atua como hospital de ensino, pesquisa e extensão, destinando 100% de seus leitos aos usuários do SUS. É registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde como uma unidade pública para oferecer atenção básica, de média e alta complexidade, por meio de atendimento ambulatorial e de urgência e emergência, Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e internação, apresentando um fluxo de clientela para atendimento de demanda espontânea e referencial no Estado (BRASIL, 2007).

O serviço privado (SPR) localiza-se também na capital, em bairro próximo ao centro da cidade. Está registrado no mesmo órgão como uma empresa privada, não havendo destinação de nenhum leito para os usuários do SUS. Presta atendimento de urgência e emergência obstétrica, 24 horas diariamente.

### **4.3 Amostra**

Participaram do estudo todas as primíparas internadas consecutivamente no referido período em trabalho de parto ou com indicação médica para assistência ao parto, sendo incluídas 163 mulheres no SPU e 89 no SPR. A não inclusão de múltiparas neste trabalho visou evitar-se uma tendenciosidade na escolha do tipo de parto seguinte. Como comenta a socióloga americana Hopkins (2000), que realizou pesquisa em maternidades brasileiras, a via do primeiro parto é crucial como determinante da escolha do tipo do (s) futuro (s) partos, pois é senso comum, tanto entre os médicos como entre as mulheres, que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

Foram considerados critérios de exclusão a apresentação de qualquer condição clínica que por si só representasse uma indicação para o parto cesáreo (por exemplo: endocrinopatias, cardiopatias) e a incapacidade de responder o questionário sem a participação de outra pessoa, não tendo ocorrido, no entanto, nenhum caso de exclusão.

#### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

Na fase do pré-parto, após a explicação dos objetivos da pesquisa e anuência textual (assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE), todas participaram da primeira parte da entrevista, respondendo a um questionário (APÊNDICE A) com perguntas fechadas e abertas, sobre qual a via de parto de sua preferência.

Decorridas 24 a 36h após o parto, todas foram submetidas à segunda parte do mesmo questionário para se obterem outras informações: características sócio-demográficas (idade, cor, escolaridade, profissão, situação conjugal, renda), assistência pré-natal, idade da menarca e da primeira relação sexual, tipo do parto realizado (vaginal ou cesariano), satisfação com o tipo de parto realizado e, se repetiria o mesmo tipo de parto, e em caso de cesariana, se a mesma teve uma indicação médica (desproporção céfalo-pélvica, sofrimento fetal, apresentação pélvica, gemelaridade e outras), considerando-se primariamente a anotação constante no prontuário, ou realizou-se “a pedido”, informação obtida a partir da entrevista com a gestante, na falta de anotação médica de uma indicação (ficha-protocolo).

A idade foi categorizada por faixas: menor que 20 anos (adolescentes), de 20 a 34 anos (adultas jovens) e maior ou igual a 35 anos (adultas).

Considerou-se a assistência pré-natal completa quando a gestante tivesse realizado 6 ou mais consultas.

As duas amostras, do SPU e do SPR, foram comparadas quanto às características sócio-demográficas, preferência das parturientes em relação ao tipo de parto, frequência de cesarianas e partos vaginais, motivos para a realização das mesmas, e satisfação das pacientes com o tipo de parto realizado. Em cada amostra, procurou-se identificar as variáveis associadas ao tipo de parto realizado.

#### **4.5 Análise e tabulação de dados**

Os dados obtidos foram expressos por meio de tabelas. As variáveis qualitativas foram representadas por frequência relativa (%) e as variáveis contínuas expressas como

média e desvio-padrão. Para análise estatística foi utilizado o programa Epi-info versão 3.3.2, adotando-se como valor significativo um  $p < 0,05$ . O teste qui-quadrado foi adotado para cálculo de significância na comparação univariada de proporções.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o nº 33104-0063/2007 (ANEXO A).

#### **4.7 Dificuldades encontradas**

Em sua concepção inicial, esta pesquisa se propunha a analisar apenas uma maternidade pública de referência. No entanto, por sugestão da orientadora, o projeto original foi alterado, sendo incluído também para análise comparativa, e conseqüentemente, enriquecimento do trabalho, uma maternidade privada. Como o volume de atendimentos no SPR é menor do que o do SPU, a amostra daquela ficou menor que o desejável, uma vez que era imperioso cumprir-se o cronograma original. No entanto, a elevadíssima taxa de cesarianas verificada no SPR, como será demonstrado a seguir, faz supor-se que o aumento amostral nesta unidade não mudaria tal perfil.

## 5 RESULTADOS

A média de idade das duas amostras, do SPU e do SPR, foi de  $21,63 \pm 5,24$  e  $28,8 \pm 5,41$  anos, respectivamente, verificando-se um predomínio de adultas jovens, em ambas as maternidades (57,7% e 85,4%, respectivamente).

Quanto à etnia, no SPU observou-se um predomínio de pardas (61,3%), seguidas de brancas (21,5%) e negras (17,2%), ao passo que no SPR, predominaram as mulheres brancas (59,6%), seguidas das pardas (38,2%), havendo apenas 2 negras (2,2%).

Em relação à escolaridade, apenas uma minoria das mulheres atendidas no SPU tinha alcançado o 3º grau (8,6%), sendo que 55,8% tinham estudado até o ensino médio e 35,5%, até o fundamental; já no SPR observou-se um predomínio do ensino médio e do 3º grau (43,8 e 56,2%, respectivamente).

Quanto ao estado civil, houve predomínio de mulheres casadas ou vivendo maritalmente nas duas amostras (63,2 e 73%, respectivamente).

Entre as gestantes atendidas no SPU, a maioria referiu uma renda familiar entre 1 a 3 salários-mínimos, enquanto 94,4% das admitidas no SPR relataram uma renda familiar superior a 3 salários-mínimos. Quanto à ocupação, no SPU, 32,5% das parturientes referiam estar desempregadas, 29,4% eram “donas de casa”, 14,1% eram estudantes e as restantes 24% referiram profissões variadas. No SPR verificou-se uma diversificação muito grande de profissões, com ligeiro destaque para estudantes (20,2%), profissionais liberais (15,73%) e “donas de casa” (10,1%).

Observando-se a tabela 2, verifica-se que as características sócio-demográficas das duas amostras apresentaram diferenças estatisticamente significantes em relação a todas as variáveis analisadas, exceto o estado civil.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres de acordo com as características sócio-demográficas.  
São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade				Significância p - valor
	SPU (n=163)		SPR (n=89)		
	f	%	f	%	
<b>Idade (anos)</b>					< 0,0001
≤ 19 anos	66	40,5	2	2,2	
20 – 34	94	57,7	76	85,4	
≥ 35	3	1,8	11	12,4	
<b>Cor</b>					< 0,0001
Branca	35	21,5	53	59,6	
Parda	100	61,3	34	38,2	
Negra	28	17,2	2	2,2	
<b>Escolaridade</b>					< 0,0001
Até o ensino fundamental	55	35,5	-	-	
Até o ensino médio	91	55,8	39	43,8	
Até o 3º grau	14	8,6	50	56,2	
Ignorada	3	0,1			
<b>Estado civil</b>					< 0,1486
Solteira/viúva	60	36,8	24	27,0	
Casada/vida marital	103	63,2	65	73,0	
<b>Renda familiar</b>					< 0,0001
< 1 salário mínimo	28	17,2	-	-	
≥ 1 e < 3 salários mínimos	91	55,8	-	-	
≥ 3 salários mínimos	18	11,0	84	94,4	
Outros	26	16,0	5	5,6	
<b>Ocupação</b>					< 0,0001
Desempregada	53	32,5	-	-	
Dona de casa	48	29,4	9	10,1	
Estudante	23	14,1	18	20,2	
Profissionais liberais	-	-	14	15,7	
Outros	39	24	59	54,0	

A menarca ocorreu predominantemente na faixa de 12 a 14 anos entre as mulheres do SPU e em idade igual ou superior a 15 anos, no SPR. A primeira relação sexual foi mais freqüente na faixa de 15 a 18 anos em ambos os grupos, porém um maior percentual de mulheres no SPU teve iniciação sexual antes dos 15 anos de idade (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres de acordo com a idade da menarca e da primeira relação sexual. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade				Significância p - valor
	SPU (n=163)		SPR (n=89)		
	f	%	f	%	
<b>Menarca</b>					< 0,0001
9 a 11 anos	29	17,8	-	-	
12 a 14 anos	104	63,8	18	20,2	
15 anos e mais	28	17,2	59	66,3	
Ignorado	2	1,2	12	13,5	
<b>1ª relação sexual</b>					< 0,0016
< 15 anos	28	17,2	2	2,2	
15 a 18 anos	108	66,3	75	84,3	
≥ 19 anos	23	14,1	8	9,0	
Ignorado	4	2,5	4	4,5	

Quanto à via de parto, 79,1% das gestantes do SPU afirmaram preferir o parto vaginal, enquanto no SPR foi o parto cesáreo que deteve a preferência da maioria das mulheres (67,4%), com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ). Nas duas maternidades, o principal motivo alegado para a preferência pelo parto vaginal foi o fato de a recuperação ser mais rápida; para as mulheres que manifestaram preferência pelo parto cesáreo, o motivo mais frequentemente apontado foi o medo de sentir dor (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das mulheres de acordo com a preferência pela via de parto. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade			
	SPU (n=163)		SPR (n=89)	
	f	%	f	%
<b>*Preferência da gestante</b>				
Parto vaginal	129	79,1	29	32,6
Parto cesariana	34	20,9	60	67,4
<b>Motivo da preferência</b>				
<b>Vaginal</b>				
Recuperação é mais rápida	95	73,6	26	89,7
É natural	26	20,2	-	-
Habitual na família	5	3,9	-	-
Medo da anestesia	-	-	2	6,9
Outros	3	2,3	1	3,4
Total	129	100,0	29	100,0
<b>Cesariana</b>				
Medo de sentir dor	28	82,4	54	90,0
Orientação/indicação de amigos	1	2,9	3	5,0
Evitar deformações vaginais	2	5,9	2	3,3
Recomendação do médico	3	8,8	1	1,7
Total	34	100,0	60	100,0

\*  $p < 0,001$

Tanto no SPU como no SPR, a maioria das gestantes referiu ter recebido assistência pré-natal (96,9% e 98,9%, respectivamente), sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,59$ ). Esta assistência foi considerada completa em 57% das gestantes do SPU e em 97,8% das do SPR. No SPU, 3 mulheres (1,9%) não souberam referir o número de consultas pré-natais realizadas (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das mulheres de acordo com a assistência pré-natal recebida. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade			
	SPU (n=163)		SPR (n=89)	
	f	%	f	%
*Recebeu assistência pré-natal	158	96,9	88	98,9
Pré-natal completo	90	57,0	86	97,8

\*  $p = 0,5925$

O parto cesáreo foi realizado em 75 mulheres (46%) do SPU e em 87 (97,8%) do SPR ( $p < 0,0001$ ). Encontrou-se indicação clínica para a realização das cesarianas em 94,7% das gestantes do SPU, enquanto no SPR, em apenas 63,2% dos casos havia registro no prontuário de uma indicação clínica ( $p < 0,0001$ ). Para as demais gestantes do SPR que realizaram cesariana (36,8%), não havia documentação de indicação da mesma, ficando esclarecido que foi “a pedido”, a partir da informação da parturiente durante a entrevista no pós-parto (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das mulheres de acordo com o tipo de parto realizado e motivo da cesariana. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade				Significância p - valor
	SPU (n=163)		SPR (n=89)		
	f	%	f	%	
<b>Tipo de parto</b>					< 0,0001
Vaginal	88	54,0	2	2,2	
Cesariano	75	46,0	87	97,8	
<b>Motivo da cesariana</b>					< 0,0001
Indicação clínica	71	94,7	55	63,2	
“A pedido”	4	5,3	32	36,8	

Em relação às indicações clínicas da cesariana, encontrou-se uma maior frequência de desproporção céfalo-pélvica em ambas os serviços (37,3% e 28,7%, respectivamente). A tabela 7 relaciona a frequência das demais indicações.

Tabela 7 - Distribuição das mulheres de acordo com as indicações do parto cesáreo. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade			
	SPU (n=71)		SPR (n=55)	
	f	%	f	%
Desproporção céfalo-pélvica	31	43,7	25	28,7
*DHEG	21	29,6	12	13,8
Sofrimento fetal	18	25,3	15	17,2
Gemelaridade	1	1,4	3	3,4

\*DHEG: doença hipertensiva específica da gravidez

As taxas de concordância entre a preferência da gestante e o tipo de parto realizado no SPU foram de 55,8% para o parto vaginal e 38,2% para o parto cesáreo; no SPR foram de 6,9% para o parto vaginal e 100% para o parto cesáreo (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das mulheres de acordo com o percentual de concordância entre a preferência e o tipo de parto realizado. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade					
	SPU (n=163)			SPR (n=89)		
	Preferência	Parto realizado		Preferência	Parto realizado	
	f (%)	f	%	f (%)	f	%
Parto vaginal	129 (100%)	72	55,8	29 (100%)	2	6,9
Parto cesáreo	34 (100%)	13	38,2	60 (100%)	60	100

Nas duas maternidades, o nível de satisfação com ambas as vias de parto foi elevado: 93,8% com a via vaginal e 90,7% com a via abdominal no SPU e 100% com ambas as vias no SPR. No SPU, 71,6% das mulheres submetidas ao parto vaginal responderam que repetiriam esta via de parto, contra 41,3% das que se submeteram à cesariana; os percentuais para o SPR foram de, respectivamente, 100% e 65,5%, verificando-se diferença estatisticamente significativa para esta variável em ambas as amostras (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das mulheres de acordo com a satisfação com o tipo de parto realizado e intenção de repetir. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Maternidade			
	SPU		SPR	
	f	%	f	%
<b>Satisfação com o tipo de parto</b>				
Vaginal	82	93,2	2	100,0
Cesariano	68	90,7	87	100,0
<b>Repetiria o tipo de parto</b>				
Vaginal	63	71,6	2	100,0
Cesariano	31	41,3	57	65,5

Comparando o grupo do parto vaginal com o da cesariana no SPU, verificou-se não haver diferença significativa em relação às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, assistência pré-natal e se o pré-natal foi completo ou não. Em relação à cor, havia mais brancas no grupo do parto abdominal e mais pardas no grupo do parto vaginal ( $p=0,0163$ ). Verificou-se ainda uma maior proporção de renda acima de 3 salários mínimos no grupo cesariano ( $p= 0,0001$ ) (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das características das parturientes do SPU, de acordo com a via de parto. São Luís, Maranhão, 2007

Variáveis	Tipo de parto				Significância p - valor
	Vaginal (n=88)		Cesáreo (n=75)		
	f	%	f	%	
<b>Idade (anos)</b>					p=0,506
≤ 19 anos	38	43,2	28	37,3	
20 – 34	48	54,5	46	61,3	
≥ 35	2	2,3	1	1,4	
<b>Cor</b>					p=0,0163
Branca	12	13,6	23	30,7	
Parda	62	70,5	38	50,7	
Negra	14	15,9	14	18,7	
<b>Escolaridade</b>					p=0,0714
Até o ensino fundamental	36	41,0	20	27,7	
Até o ensino médio	47	53,4	45	60,0	
Até o 3º grau	5	5,6	10	13,3	
<b>Estado civil</b>					p=0,9721
Solteira/viúva	33	37,5	27	36,0	
Casada/vida marital	55	62,5	48	64,0	
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>					< 0,0001
< 1	15	17,0	13	17,3	
≥ 1 e < 3	51	58,0	40	53,3	
≥ 3	5	5,3	22	29,2	
Outros	17	19,3	-	-	
<b>Assistência pré-natal</b>	84	95,5	74	98,7	p=0,4656

## 6 DISCUSSÃO

As taxas de cesarianas registradas no Brasil diferem bastante conforme a instituição considerada, se pública ou privada. Assim, nesta pesquisa, foram escolhidas para análise duas maternidades, uma pública e outra privada, consideradas de referência na cidade.

As mulheres atendidas no SPR apresentavam níveis mais elevados de escolaridade e renda, predominando a cor branca; já no SPU, apresentavam uma média de idade mais baixa, com predomínio de pardas, sendo observada ainda entre estas uma tendência a menarca e primeira relação sexual mais precoces. Quanto ao estado civil, não se observou diferença entre as amostras, predominando as casadas ou com vida marital em ambas.

Quanto à via de parto, quase 80% das parturientes do SPU manifestaram preferência pelo parto vaginal, achado concordante com o de outros autores brasileiros (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998; POTTER et alli, 2001; D'ORSI et alli, 2006). Na literatura internacional os índices de preferência pelo parto vaginal reportados são ainda maiores: 93,5% em estudo australiano, 96,3% em estudo asiático e variando de 86 a 99,7% em uma revisão sistemática de 17 artigos (GAMBLE; CREEDY, 2001; CHONG; MONGELLI, 2003; McCOURT et alli, 2007). Por outro lado, entre as mulheres do SPR nesta pesquisa, a preferência pela cesariana foi referida por quase 70% das mesmas, o que está em desacordo com todos os estudos pesquisados e reflete uma maior incorporação da alegada “cultura de cesárea” entre elas.

O principal motivo para preferência pelo parto vaginal, em ambas as maternidades, foi o fato de a recuperação ser mais rápida, enquanto pela cesariana, em ambas as amostras, foi o medo da dor associada ao parto vaginal. Segundo Figueiredo et alli (2003), este medo não é justificável, uma vez que o desconforto vivenciado pelas parturientes durante o trabalho de parto e no pós-parto não é muito diferente entre as duas vias de parto. Ou seja, a dor do parto, mesmo sendo amenizada pelo uso de analgesia ou da realização da cesariana, faz-se sempre presente, desde o pré até o pós-parto, variando de intensidade conforme as condições físicas e emocionais da parturiente assim como a qualidade da assistência a ela prestada nestes momentos.

Perpétuo, Bessa e Fonseca (1998) verificaram que, entre as mulheres que já haviam realizado o parto pelas duas vias, a menor dor foi citada 10 vezes mais freqüentemente como motivo para preferir a via vaginal. No entanto, grande parte das cesarianas realizadas no SPR é eletiva, ou seja, com data e hora marcada, sem haver trabalho

de parto, sendo assim eliminado o componente álgico do pré-parto, o que poderia contribuir para a escolha desta via de parto.

Por outro lado, contrariando o senso comum, entre as mulheres que manifestaram preferência pela cesariana, em ambas as maternidades, o medo de deformidade vaginal e do conseqüente prejuízo da atividade sexual como motivo para evitar o parto vaginal foi muito pouco referido pelas mesmas (5,9% e 3,3%, respectivamente), achado semelhante ao de Perpétuo, Bessa e Fonseca. (1998).

Tomando-se por base a taxa de cesarianas preconizada pela OMS de até 15%, os índices verificados neste estudo, de 46% e 97,8%, respectivamente, no SPU e no SPR, podem ser considerados muito elevados. Essas taxas são também maiores que aquelas descritas para o Brasil, em torno de 35% em geral e de 70% em serviços privados (BELIZAN et alli, 1999; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999). Vale frisar que alguns especialistas médicos têm demonstrado que é possível manter taxas abaixo de 2% sem comprometer a qualidade da assistência e sem acarretar aumento do risco de morbimortalidade materna e perinatal, o que só realça a importância do problema em pauta (ROCKENSCHAUB, 1990; DURAND, 1992).

Considerando o SPU, o fato de o mesmo ser uma instituição universitária, de referência para todo o Estado, poderia justificar uma maior complexidade dos casos atendidos e, conseqüentemente, contribuir para o aumento do percentual de cesarianas.

A assistência pré-natal tem sido apontada como um fator de redução do risco de complicações e da necessidade de cesariana (FABRI; MURTA, 1999; DOMINGUES et alli, 2004). No presente trabalho, no entanto, a despeito de a quase totalidade das parturientes ter recebido tal assistência, considerada completa em 57% dos casos do SPU e 100% dos do SPR, observaram-se altas taxas de cesarianas. No SPR, segundo Domingues et alli (2004), uma possível explicação seria a influência do médico, presumivelmente a favor da cesariana, contribuindo para estes resultados, aparentemente paradoxais.

O obstetra, para realizar uma assistência ao trabalho de parto, deve dispor de, no mínimo, 6 a 10 horas para acompanhamento, com exame clínico periódico de 2 em 2 horas, principalmente quando se trata de primíparas, na qual a evolução do trabalho de parto costuma ser mais prolongada. Na assistência realizada no serviço privado, o obstetra que, por diversos motivos, não puder disponibilizar desse tempo para a assistência, acabará indicando a cesariana. Já no serviço público, a gestante, ao internar em trabalho de parto, terá à sua disposição, para exame clínico periódico, uma equipe de obstetras em regime de plantão, o que possibilita a continuidade do acompanhamento; assim, o motivo da realização das

cesarianas estaria associado mais às reais indicações médicas (ameaça ao binômio materno-fetal) do que à “falta de tempo” e conveniência do obstetra.

De fato, corroborando essa suposição, verificou-se neste estudo, que no SPR, além da preferência predominante pela cesariana manifestada pelas gestantes (67,4%), dentre aquelas favoráveis ao parto vaginal (29 pacientes) apenas 2 (7%) tiveram o seu desejo atendido, enquanto 100% das que preferiam a cesariana acabaram realizando este tipo de parto.

No SPU, as taxas de concordância entre preferência da gestante e o tipo de parto realizado foram de 55,8% para o parto vaginal e de apenas 38,2% para a cesariana, o que sugere que o desejo da mulher teve importância menor, prevalecendo as indicações clínicas para cada via de parto. Assim, a alta taxa de cesarianas verificada no SPU poderia justificar-se mais por outros fatores, como o fato de o estudo restringir-se a primíparas e de esta instituição ser considerada de referência para atendimento de média e alta complexidade, como já citado.

Como frisam Fabri e Murta (1999), a pouca ou nenhuma orientação durante o pré-natal sobre as reais indicações de cesariana e os benefícios e desvantagens de cada tipo de parto, associada ao progresso científico e ao aprimoramento da técnica cirúrgica, caracterizam um modelo de assistência médica fortemente determinante da opção pelo parto operatório. Barbosa et alli (2003) acrescentam ainda que muitas vezes é transmitida à gestante, durante o pré-natal, a idéia infundada de que o parto cesáreo é mais seguro para a mãe e para o bebê e, portanto, uma forma mais “moderna” de parto.

Quase todas as cesarianas realizadas no SPU tiveram uma indicação clínica registrada, sendo a desproporção céfalo-pélvica, a DHEG e o sofrimento fetal as principais. No SPR havia documentação de indicação clínica em apenas pouco mais de 60% dos casos, sendo a desproporção céfalo-pélvica a mais referida, seguida do sofrimento fetal e da DHEG, ficando os demais casos rotulados como “a pedido”.

Independentemente do tipo de parto realizado, o nível de satisfação das parturientes foi elevado nas duas amostras (superior a 90% no SPU e de 100% no SPR), devendo-se, no entanto, destacar que, pelo seu caráter subjetivo, a satisfação é um conceito difícil de interpretar neste contexto por estar muitas vezes imbricado com a qualidade da assistência médica recebida e com o resultado neonatal (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006). Entretanto, a intenção de repetir a via de parto foi muito mais freqüente entre as mulheres que tiveram parto vaginal, também em ambas os serviços.

Analisando apenas a amostra do SPU, em que houve um equilíbrio entre as vias de parto, verificou-se que o grupo da cesariana apresentava uma renda melhor e uma maior

proporção de mulheres brancas. Além disso, observou-se uma tendência a uma maior proporção de cesarianas entre as mais escolarizadas, que pode não ter atingido a significância estatística devido ao pequeno número de mulheres com 3º grau nesta amostra.

Estes achados, aliados à alta taxa de cesarianas verificada entre as mulheres de melhor nível sócio-econômico atendidas no SPR deste estudo, a exemplo de outros, vem corroborar o papel de fatores não-clínicos na escolha do parto cesáreo, relacionados a aspectos sócio-culturais da prática obstétrica, incluindo atitudes da equipe médica, da mulher e de sua família (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998; HOPKINS, 2000; FREITAS et alli, 2005; CARNEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007).

Também a nível populacional, em um estudo que analisou 19 países da América Latina, Belizan et alli (1999) verificaram uma correlação positiva e significativa entre a taxa de cesarianas e a renda per capita, a proporção de população urbana e o número de médicos por 10.000 habitantes.

As desigualdades sócio-econômicas na probabilidade de cesariana podem refletir diferenças de permeabilidade da cultura médica à preferência da mulher e diferenças de flexibilidade na interpretação médica das indicações clínicas do parto operatório. Assim, é instigante que mulheres socioeconomicamente menos favorecidas e, conseqüentemente, com maior risco de complicações no parto, tenham menor probabilidade de cesariana do que aquelas com baixo risco obstétrico e maior poder aquisitivo (FREITAS et alli, 2005).

Em síntese, como também comentam Freitas et alli (2005), ao tratarem da “cultura da cesariana no Brasil”, o parto operatório passou a significar para a parturiente e sua família, um atendimento médico diferenciado (“parto sem dor”, “ausência de asfixia ao nascimento”, “sexualidade preservada”) e para o obstetra, maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho.

Os dados aqui apresentados, à semelhança dos citados por Samtos et alli (1998) e Hotimsky et alli (2002), são bastante relevantes, uma vez que o parto operatório não é isento de riscos, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna e fetal, além de acarretar elevação dos custos médico-hospitalares.

Altas taxas de cesarianas em primíparas, como demonstrado neste estudo, são particularmente preocupantes porque implicam em alta probabilidade de futuras cesarianas, pois, na prática, uma cesariana prévia constitui indicação quase absoluta para nova cesariana, justificando-se o ditado “uma vez cesárea sempre cesárea”.

Os resultados desta pesquisa, que abrangeu apenas dois serviços hospitalares do município, não podem evidentemente ser extrapolados para toda a população; no entanto, seus

achados conferem importância ao tema e apontam claramente para a necessidade da realização de estudos de maior porte, que permitam um conhecimento mais amplo da nossa realidade.

## 7 CONCLUSÕES

- a) Quanto às variáveis sócio-demográficas, a amostra do SPU caracterizou-se por predomínio de mulheres pardas, com idade entre 20 e 34 anos, ensino médio, união estável, renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e sem atividade profissional remunerada. Entre as mulheres do SPR, em que se verificou também um predomínio da faixa etária de 20 a 34 anos e da união estável, observou-se uma maior proporção de brancas, com ensino médio, atividade profissional remunerada e renda familiar superior a 3 salários mínimos;
- b) Entre as gestantes do SPU predominou a preferência pelo parto vaginal enquanto, entre as atendidas no SPR foi mais freqüente a preferência pela cesariana;
- c) A taxa de cesarianas foi elevada nas duas maternidades analisadas, sendo, no entanto, significativamente maior no SPR;
- d) Quase todas as cesarianas realizadas no SPU tinham uma indicação clínica registrada enquanto quase a metade das realizadas no SPR foram consideradas “a pedido”. As indicações mais freqüentes nos dois serviços foi desproporção céfalo-pélvica;
- e) As indicações de parto cesáreo mais referidas no SPU foram a desproporção céfalo-pélvica (37,3%), a doença hipertensiva específica da gravidez (28%) e o sofrimento fetal (24%); no SPR, as indicações mais alegadas foram a desproporção céfalo-pélvica (28,7%), o sofrimento fetal (17,2%) e a doença hipertensiva específica da gravidez (13,8%);
- f) Embora o nível de satisfação das parturientes tenha sido elevado com as duas vias de parto, em ambas as maternidades, o desejo de repetir o tipo de parto foi maior entre aquelas submetidas ao parto vaginal;
- g) Devido à quase totalidade dos partos no SPR ter sido por cesariana não foi aplicável identificar variáveis associadas a esse tipo de parto. Já no SPU, havia significativamente mais mulheres brancas e com renda familiar acima de 3 salários mínimos no grupo cesariana.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade de fatores relacionados ao pré-natal, parto e puerpério suscita questionamentos acerca da qualidade da assistência oferecida às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Por qualidade da assistência, deve-se entender não apenas a provisão de recursos humanos e técnico-operacionais adequados, mas, não menos importante, a oferta de um cuidado humanizado e a garantia de respeito às necessidades de cada gestante, incluindo-se aqui a sua participação ativa, provida de informação adequada, em todo o processo decisório em relação não apenas à via de parto, mas a todos os outros aspectos referentes à forma como acontece o parto e o nascimento.

Apesar de ações nesse sentido estarem previstas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde, tais ações ainda necessitam ser incorporadas ao dia-a-dia dos serviços de saúde, devolvendo o papel principal no parto à mulher e promovendo uma atenção ao parto centrada nas suas escolhas e necessidades individuais.

As taxas de cesarianas verificadas nesta pesquisa são elevadas, ultrapassando inclusive aqueles relatados em outros estudos brasileiros. Enquanto a proporção de cesarianas observada no SPU, maior que a recomendável, poderia justificar-se em parte pelo fato de tratar-se de uma unidade de referência para média e alta complexidade no Estado, o que se verificou no SPR, onde a quase todos os partos foram cirúrgicos, é alarmante e denota claramente uma “cultura de cesárea”, visto que nesta unidade a maioria das gestantes manifestou realmente preferência pelo parto operatório, contrariamente ao que se observou no SPU e também ao que tem sido relatado em estudos envolvendo outras maternidades privadas.

Discordando da posição oficial do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), que propõe a aceitação da solicitação de cesariana pela mulher, evocando o seu direito de autonomia, Minkoff (2006) defende que o médico tem também o direito de recusar tal solicitação na ausência de uma indicação clínica e o dever de tentar, tanto quanto possível, dissuadi-la.

Os achados desta pesquisa reforçam a idéia de que fatores outros, alheios às indicações clínicas, como os sócio-culturais, econômicos, tipo de assistência e envolvimento

profissional (tempo x dinheiro x dedicação), interferem diretamente no processo de escolha da via de parto, refletindo a forma como se tem organizado a assistência obstétrica em nosso sistema de saúde, balizada em uma cultura médica que transformou o parto e o nascimento, de eventos fisiológicos, em patológicos, e que privilegia o uso da tecnologia, disseminando a noção equivocada de que o parto operatório é mais adequado e seguro.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. T. S. S.B.; SILVA, A. A. M. Qualidade da assistência ao parto. In: ALVES, M. T. S. S.B.; SILVA, A. A. M. (Org.). **Avaliação de qualidade de maternidades**: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2000.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG Committee Opinion No. 395. Surgery and patient choice. **Obstet Gynecol**, v. 111, n.1, p. 243-247, 2008.

ANDERSON, G. M. Making sense of rising caesarean section rates (Editorial). **BMJ**, v. 329, n. 7468, p. 696-697, 2004.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Diretrizes e iniciativas em prol do parto normal**. Disponível em:

<[http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia\\_24100.asp?secao=Home](http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia_24100.asp?secao=Home)>. Acesso em: 9 mar. 2008.

BARBOSA, G. P.et alli. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-20, 2003.

BEHAGUE, 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, n. 7343, p. 942-5, 2002.

BELIZAN, J. M..et alli. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. **BMJ**, v. 319, n. 7222, p. 1397-400, 1999.

BERGERON, V. The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the american college of obstetricians and gynecologists' position on patient-choice surgery. **Bioethics**, v. 21, n. 9, p. 478-87, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. 2006b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/f08.def>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

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**: manual técnico. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2006a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006c. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher;

dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Ato2004-006/2006/Lei/L11340.htm>> Acesso em: 16 nov.2007.

CARNEL, E. F.; ZANOLLI, M.L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n.1, p. 34-40, 2007.

CHIGBU, C. O.; EZEOME, I. V.; ILOABACHIE, G.C. Cesarean section on request in a developing country. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 1, n. 96, p.54-56, 2007.

CHONG, E. S.; MONGELLI, M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. **Int. J. Gynaecol Obstet.**, v. 80, n. 2, p. 189-94, 2003.

COTZIAS, C. S.; PATERSON-BROWN, S.; FISK, N. M. Obstetricians say yes to maternal request for elective cesarean section: a survey of current opinion. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 97, n. 1, p. 15-16, 2001.

COX, S. M. et alli. **Willians Obstetrics**. 14th edition. New York: Appleton-Century-Crofts, 1971.

D'ORSI, E. et alli. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.10, p. 2067-2078, 2006.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo: USP, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DOMINGUES, R. M. S. M. et alli. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 1, p. S52-S62, 2004.

DURAND, A. M. The safety of home birth: the farm study. **Am J Pub Health**, n. 82, p. 450-53, 1992.

DWORKIN, P. H. The Leboyer of childbirth. **N Engl J Med**, v. 303, n. 11, p. 640, 1980.

FABRI, R. H.; MURTA, E. F. C. Tipos de parto e formas de assistência médica em Uberaba-MG. **Rev Bras Ginecol Obst**, v. 21, n. 2, p. 99-104, 1999.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226-232, 2006.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1998.

FIGUEIREDO, B. et. Alli. Tipo de parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. **Rev. de Obst e Ginecol**, v. 6, n. 26, p. 256-306, 2003.

FREITAS, P. F. et alli. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev Saúde Pública**, n. 39, v. 5, p.761-767, 2005.

- 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.
- GOLINO, P. S.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. M. O. Ruptura prematura de membranas: fisiopatologia, diagnóstico e conduta. **Femina**, v.34, n.10, p.711-17, 2006.
- GUISE, J. M.; HASHIMA, J.; OSTERWEIL, P. Evidence-based vaginal birth after caesarean section. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 19, n. 1, p. 117-130, 2005.
- GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J. Position for women during second stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 1, CD 002006, 2004.
- HABIBA, M. Et alli. Caesarean section on request: a comparason of obstetricians' attitudes in eight European cuntries. **Brit J Obst Gyn**, v.113, n.6, p. 647-656, 2006.
- HANDA, V. L. Sexual function and childbirth. **Semin Perinatol**, v. 30, p.253-6, 2006.
- HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean? **Soc Sci Med**, v. 51, p. 725-740, 2000.
- HOTIMSKY, S. N. et alli. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1303-11, 2002.
- HSU, K. H.; LIAO, P. J; HWANG, C. J. Factors affecting Taiwanese women's choice of cesarean section. **Soc Sci Med**, v. 66, p. 201-209, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Taxas de cesariana**. 1999. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2007.
- LEEMAN, L. M.; PLANTE, L. A. Patient-Choice Vaginal Delivery? **Annals of Family Medicine**, v. 4, n. 3, p. 265-268, 2006.
- LOBEL, M.; DeLUCA, R. S. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. **Soc Sci Med**, v. 64, p. 2272-84, 2007.
- MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006.
- MARTIN, J. A. et alli. Births: Final data for 2005. **Natl Vital Stat Rep**, v. 56, n. 6, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/2005VTupdate.htm>>. Acesso em: 10 maio 2008.
- MATHIAS, R. S.; TORRES, M. L. A. Analgesia e Anestesia em obstetrícia. In: YAMASHITA, A. M.; TAKAOKA, F.; SILVA JUNIOR, C. A. **Anestesiologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 679-730.
- McCOURT, C. et alli. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. **Birth**, v. 34, n. 1, p. 65-79, 2007.

McFARLIN, B. L. Elective Cesarean Birth: Issues and Ethics of na Informed Decision. **J Midwifery Womens Health**, v. 49, p. 421-429, 2004.

MINKOFF, H. The ethics of cesarian section by choice. **Semin Perinatol**, v. 30, n. 5, p. 309-12, 2006.

MORAES, M. S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 509-19, 2001.

MOREIRA, M. A. et all. Cesariana. In: \_\_\_\_\_. **Tocoginecologia para Graduação, Residência e Especialização**. Belém: CEJUP, p. 557-82, 2003.

ODENT, M. **Água e sexualidade**: a importância do parto ecológico. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2004.

PENNA, L; ARULKUMARAN, S. Cesarean section for non-medical reasons. **Int J Gynecol Obst**, n. 82, p. 399-409, 2003.

PEREIRA, R. I. C. et. alli. Dor no trabalho de parto: fisiologia e o papel da analgesia peridural. **Rev Ciência Médica**, v. 7, n. 3, p. 79-84, 1998.

PERPÉTUO, I. H. O. P.; BESSA, G. H.; FONSECA, M. C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., **Anais...**, p. 95-119, 1998.

POTTER, J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ**, v. 323, n. 7322, p. 1555-1558, 2001.

RAJU, T. N. K. The Birth of Caesar and the Cesarean Misnomer. **Am J Perinat**, n. 24, v. 10, p. 567-568, 2007.

REZENDE, J. Conceitos, Propósitos, Súmula Histórica. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.1-19.

ROCKENSCHAUB, A. Tecnology free obstetrics at the Semmelweis Clinic. **Lancet**, v. 335, p. 977-88, 1990.

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

SANTOS, L. C. et. alli. Fatores prognósticos para o parto transvaginal em pacientes com cesárea anterior. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 20, n. 6, p. 342-349, 1998.

SCOTT, J. R. Putting elective cesarean into perspective. **Obstet. Gynecol.** v. 99, n. 6, p. 967-968, 2002.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SHEARER, E. Cesarean section: medical benefits and costs. **Soc Sci Med**, n. 37, p. 1223-31, 1993.

SILVA, S. A. L. C.; MORAES FILHO, O. B.; COSTA, C. F. F. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 4, p. 189-196, 2005.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde**, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

THÉBAUD, F. A Medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Rev. Estud. Fem.**, v.10, n.2, p.415-426. 2002.

VILLAR, J. et alli. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **Brist J Obstet Gynecol**, v. 335, p. 1025-36, 2007.

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

YAMASHITA, A. M.; AMARAL, J. L. G. **Condutas em analgesia e anestesia em obstetria**: analgesia e anestesia para o parto vaginal. 2005. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/anestesia\\_obst4.html](http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/anestesia_obst4.html)>. Acesso em: 18 dez. 2007.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha-protocolo

**NA ENFERMARIA DO PRÉ-PARTO – ANTES DO PARTO**

**1) Identificação**

- a) Nome:
- b) N.º. do prontuário:
- c) Endereço:
- d) Telefone:

**2) Preferência da Gestante pela Via de Parto**

- Parto vaginal → Por quê?
- medo da anestesia  é natural  a recuperação é mais rápida
- é habitual na família  outros \_\_\_\_\_
- Parto cesariano → Por quê?
- medo de sentir dor  orientação/indicação de amigos
- evitar deformações na vagina  outros: \_\_\_\_\_

**NA ENFERMARIA DE PÓS-PARTO**

**3) Dados Sócio-Demográficos**

- a) Idade (anos): < 19  20 – 34  ≥ 35
- b) Cor:  branca  parda  preta
- c) Escolaridade:
  - ensino fundamental  ensino médio  3º grau  completo  incompleto
- d) Situação conjugal:
  - solteira  viúva  casada  vive maritalmente
- e) Ocupação: \_\_\_\_\_
- f) Renda familiar (salários mínimos - SM):
  - < 01 SM  ≥ 01 e < 03 SM  ≥ 3 SM  outros: \_\_\_\_\_

**4) Dados Clínicos / Obstétricos**

- a) Assistência pré-natal:  não  sim Quantas consultas? \_\_\_\_\_
- b) Idade da menarca (anos):
  - 9 - 11  12 – 14  ≥ 15  Ignorado
- c) Idade da primeira relação sexual (anos):
  - < 15  15 – 18  ≥ 19
- d) Parto realizado:  vaginal  cesariana
- e) Motivo da cesariana:  a pedido  indicação médica. Qual? \_\_\_\_\_
- f) Satisfeita com o tipo de parto?  sim  não.
- g) Repetiria este mesmo tipo de parto?  sim  não.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

PROJETO: Fatores associados ao tipo de parto realizado em uma maternidade pública de referência no Estado do Maranhão

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada gestante, \_\_\_\_\_, você está sendo convidada a participar da pesquisa com o título “Fatores associados ao tipo de parto realizado em uma maternidade pública de referência no Estado do Maranhão”. Esta pesquisa tem como objetivo principal conhecer nas mulheres grávidas que chegam ao Hospital em trabalho de parto, qual seria o tipo de parto que gostariam que fosse realizado, (Parto normal? Ou cesárea?), caso pudesse ser escolhido.

Esta pesquisa faz parte do trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão – Mestrado Acadêmico.

Primeiramente, a senhora responderá a um questionário no momento em que for admitida para ter o parto no Hospital com perguntas sobre seu nome, endereço e o desejo de PARTO NORMAL ou CESÁREA. Depois do parto realizado, entre o 1º e 3º dia depois, responderá outras perguntas sobre assuntos ligados às características de sua vida. É importante que você compreenda que esta pesquisa não acarreta nenhum risco para sua gravidez.

Com a sua concordância em participar deste projeto, a senhora estará contribuindo para que os profissionais da área de saúde, principalmente aqueles que trabalham nas maternidades, conheçam o desejo, a preferência do tipo de parto da maioria das mulheres grávidas e também porque preferem ou não o tipo de parto.

Após as informações acima esclarecidas, eu, \_\_\_\_\_, declaro ter entendido tudo o que me foi explicado e que aceito, de livre e espontânea vontade, participar desta pesquisa submetendo-me a tudo o que me foi explicado acima.

Fui esclarecida também que tenho direito a retirar-me da pesquisa, em qualquer momento, sem prejuízo algum para qualquer serviço de saúde, de que eu venha necessitar futuramente. Estou ciente de que não obterei qualquer remuneração por participar deste estudo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

---

Nome do Pesquisador Responsável: Profa.Dra. Maria Bethânia da Costa Chein

Orientanda: Natália Mandarino

Endereço e telefone da Equipe: Praça Gonçalves Dias nº2, 2º andar, Centro. Fones: 3231-7410

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro. Telefone: 2109-1223 Coordenador do CEP: Profº. Wildoberto Batista Gurgel

---

ANEXO

## ANEXO A – Parecer consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 322/07

Pesquisador(a) Responsável: **Maria Bethânia da Costa Chein**

Equipe executora: **Maria Bethânia da Costa Chein e Natalia Ribeiro Mandarino**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil**

Registro do CEP: 176/07 Processo Nº. 33104-0063/2007

Instituição onde será desenvolvido: **Hospital Universitário Presidente Dutra**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **16.03.2007** o processo Nº. **33104-63/2007**, referente ao projeto de pesquisa: “**Fatores associados ao tipo de parto realizado em uma maternidade publica de referencia no Estado do Maranhão**”, tendo como pesquisadora responsável **Maria Bethânia da Costa Chein**, cujo objetivo geral é “**Analisar os fatores associados ao tipo de parto realizadoem uma maternidade publica de referência no Estado do Maranhão**”. Na metodologia: Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, vindas em tempo hábeis supri-las adequadas e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, estando bem fundamentado, tendo importância social e atendendo aos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo é considerado **APROVADO**.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que queiram ação imediata.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 15/06/2008 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 15 de junho de 2007

**Wildoberto Batista Gungel**

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

*Ethica homini habitat est*

---

**Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 2109-1223

E-mail cep@huufma.br

Mandarino, Natália Ribeiro

Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão / Natália Ribeiro Mandarino. – São Luís, 2008.

58 f.

Impresso por computador (fotocópia)

Orientadora: Maria Bethânia da Costa Chein

Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, 2008.

1. Tipos de parto – escolha – parturientes – São Luís-MA I. Título

CDU 618.438