

Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva

Association between prenatal and parturition in the supplementary health network and elective cesarean section

Anna Paula Ferrari¹, Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes¹,
Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹

RESUMO: *Objetivo:* Identificar fatores sociodemográficos, características e intercorrências gestacionais associadas à realização de cesárea eletiva. *Métodos:* Estudo transversal. De um total de 1.295 nascimentos ocorridos no primeiro semestre de 2012 no município de Botucatu, São Paulo, avaliados em um amplo estudo epidemiológico sobre morbimortalidade materna e infantil, o presente artigo compara mulheres que tiveram partos normais (n = 405) com as 214 submetidas à cesárea eletiva, definida como agendada, sem referência no prontuário hospitalar ou cartão de pré-natal de indicação absoluta ou relativa ou a qualquer motivo de ordem médica. Os dados foram obtidos dos registros hospitalares, cartão de pré-natal e entrevista com as mulheres, logo após o parto. Realizou-se análise univariada, avaliada pelo teste exato de Fisher ou χ^2 . Variáveis com $p < 0,20$ foram então agrupadas em três blocos e, mediante modelo de regressão logística múltiplo, hierarquizado, identificaram-se fatores associados à cesárea eletiva, considerando-se $p < 0,05$. **Resultados:** Variáveis sociodemográficas (idade ≥ 18 anos, escolaridade \geq ensino médio, trabalho remunerado e viver com companheiro) associaram-se de modo independente à maior chance de cesárea eletiva. Independente destas, houve associação entre cesárea eletiva e local de pré-natal e parto, sendo maior a chance de nascimento por cesárea eletiva quando a mulher foi assistida na rede de saúde suplementar. Tomando como indicadores de condições socioeconômicas desfavoráveis baixa escolaridade, ter pagamento do pré-natal e parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se afirmar que houve associação entre cesárea eletiva e melhores condições socioeconômicas. **Conclusão:** São necessárias ações na rede suplementar para aproximar das recomendações internacionais a taxa global de cesáreas no município.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Parto. Cesárea. Patologia. Condições sociais. Gestantes.

¹Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Botucatu (SP), Brasil.

¹Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Botucatu (SP), Brasil.

Autor correspondente: Cristina Maria Garcia de Lima Parada. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Campus Universitário de Rubião Júnior, s/n, CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil. E-mail: cparada@fmb.unesp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), bolsa de mestrado (Processo nº 2013/02747-6).

ABSTRACT: Objective: To identify socio-demographic factors, characteristics and pregnancy complications associated with elective cesarean section. **Methods:** Cross-sectional study. A total of 1,295 births in the first semester of 2012 in Botucatu, São Paulo, Brazil, were evaluated in a large epidemiological study of maternal and child morbidity and mortality. This article compares women who had normal births (n = 405) with 214 undergoing elective cesarean section, defined as scheduled and without reference in hospital records or prenatal card of absolute, relative indication or any medical reason for that. Data were obtained from hospital records, prenatal card and interview with women, soon after parturition. Univariate analysis was conducted and evaluated by Fisher's exact or χ^2 tests. Variables with $p < 0.20$ were grouped into three blocks and, by hierarchical multiple logistic regression model, the associated factors with elective cesarean section were identified, considering $p < 0.05$. **Results:** Socio-demographic variables (age ≥ 18 years, \geq high school education, paid work and living with a partner) were independently associated with increased odds of elective cesarean section. Regardless of these, there was an association between elective caesarean section and prenatal and place of birth, with a higher chance of birth by elective caesarean section when the woman was assisted by the supplementary health network. Taking as indicators of unfavorable socioeconomic conditions the low education, the payment of prenatal and childbirth by the Unified Health System, it can be said that there was an association between elective caesarean section and better socio-economic conditions. **Conclusion:** Actions in the supplementary health network are required to approach the cesarean delivery rate in the municipality to the international recommendations.

Keywords: Prenatal care. Parturition. Cesarean section. Pathology. Social conditions. Pregnant women.

INTRODUÇÃO

Principal política pública brasileira para a atenção à saúde materno infantil, a Rede Cegonha fundamenta-se na garantia de atendimento com qualidade, segurança e humanização, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, até o segundo ano de vida do bebê. Entre suas diretrizes está a indicação para os serviços de saúde adotarem medidas e procedimentos sabidamente benéficos e seguros para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando-se práticas intervencionistas desnecessárias¹.

Para que essas diretrizes sejam alcançadas, é essencial que a mulher participe ativamente do processo de parturição e, assim, deve ser informada sobre seus direitos em saúde em geral e no ciclo gravídico puerperal em especial. A falta de informação e/ou o recebimento de informação equivocada contribuem para que a gestante desconheça as vantagens do parto vaginal em relação à cesárea, quando não há indicação para realização de parto cirúrgico².

O parto vaginal facilita o contato precoce entre a mãe e o bebê; possibilita melhor recuperação materna; permite a compressão pulmonar do recém-nascido pela via de parto, resultando em menor ocorrência de desconforto respiratório; contribui para baixos índices de infecção, hemorragia pós-parto e morte materna e resulta em menor custo, por dispensar uso de procedimentos cirúrgicos. Assim, seus benefícios são voltados tanto à mãe quanto à criança³.

A operação cesariana está associada à maior predisposição materna a intercorrências como hemorragias, infecções e possibilidade de laceração acidental de alguns órgãos internos,

resultando em risco elevado de morbimortalidade materna⁴. Em médio e longo prazo, há associação entre cesárea e desmame precoce, quadros atópicos e desvios do crescimento infantil⁵⁻⁷, além de repercussões negativas sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres².

Segundo estudo de caráter nacional recentemente publicado, em alguns estados brasileiros, como São Paulo, a taxa de cesárea ultrapassa 40%, sendo que em serviços privados chega a atingir 88%, o que coloca o Brasil entre os países com maior proporção de cesárea, com 52% do total de nascimentos no país ocorrendo por meio dessa cirurgia⁸ e muito longe da taxa apresentada há décadas como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS): 10 a 15%⁹.

Assim, tomando por base o local de resolução da gravidez, há consenso que as maiores taxas de cesárea estão nos hospitais privados/conveniados, enquanto que nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) são maiores as taxas de parto vaginal. O excesso de cesárea indica que parcela expressiva dessas cirurgias são eletivas, ou seja, agendadas previamente e realizadas antes do início do trabalho de parto, mesmo em gestantes de baixo risco e sem indicação aceitável para interrupção da gestação¹⁰.

Os estudos que avaliaram os determinantes das altas taxas de operação cesariana, de maneira geral, não separaram cesáreas eletivas de indicadas. No contexto internacional, pesquisas têm abordado aspectos como: a relação entre taxa de cesárea e melhor condição socioeconômica¹¹, a “preferência” materna pela cesárea¹², a autonomia da mulher para decidir sobre seu próprio parto, como um valor ou direito¹³, aspectos médico-éticos da cesárea a pedido¹⁴ e iniquidades no uso desse tipo de parto¹⁵.

No Brasil, pesquisa desenvolvida na região Sul, conduzida para identificar desigualdades sociais nas intercorrências após operação cesariana, encontrou complicações duas vezes mais frequentes após cesárea, independentemente das condições socioeconômicas¹⁶. Após comparar dois estudos de coorte de recém-nascidos vivos de parto único hospitalar realizados na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, o primeiro nos anos de 1978/1979 e o segundo em 1994, os autores atribuíram às cesáreas o aumento nas taxas de baixo peso ao nascer, destacando tratarem-se, provavelmente, de intervenções eletivas¹⁷.

O presente estudo pretende contribuir com o conhecimento sobre determinantes das altas taxas de cesárea no Brasil, pela escassez de estudos que abordam esse tipo de parto no país, principalmente quando não há indicação precisa para que seja realizado. A originalidade que introduz refere-se à abordagem dessa intervenção não de maneira geral, mas sim considerando cesárea eletiva em contraponto ao parto vaginal. Tem-se por objetivo identificar fatores sociodemográficos, características e intercorrências gestacionais associadas à realização especificamente de cesárea eletiva.

MÉTODOS

Estudo transversal que integra pesquisa mais ampla, intitulada “O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimortalidade materna e infantil” e

cuja coleta de dados foi realizada nas maternidades dos dois hospitais existentes neste município, sendo um público e outro pertencente à rede de saúde suplementar.

O hospital público atende quase exclusivamente ao SUS. Sua maternidade possui 40 leitos obstétricos para atendimento aos partos de baixo risco do município-sede e é referência para atendimento a gestantes e recém-nascidos de risco para 30 municípios da região dos Pólos Cuesta e Vale do Jurumirim. A maternidade do hospital que pertence à rede de saúde suplementar conta com 16 leitos obstétricos, destinados apenas ao atendimento particular e de gestantes com convênios de saúde.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2012 e foi realizada por equipe treinada e remunerada. Nesse período, ocorreram 1.395 nascimentos em Botucatu, sendo incluídos no estudo original 1.317 puérperas (94,4%), sendo a diferença devido a perdas por impossibilidade de contato antes da alta hospitalar ($n = 71$) ou recusa ($n = 7$). Excluindo-se 22 casos de gestação gemelar, estavam disponíveis para análises relativas à via de parto 1.295 casos: 923 ocorridos na maternidade pública (71,3%) e 372 (28,7%) na maternidade da rede de saúde suplementar.

Cesárea eletiva foi definida como: cesárea referida pela mulher como agendada e sem referência no prontuário hospitalar ou cartão de pré-natal de indicação absoluta ou relativa¹⁸ ou a qualquer motivo de ordem médica para tal. Excluindo-se então os casos de cesárea com indicação em ambas as maternidades ($n = 676$), compuseram a amostra do presente estudo 619 nascimentos, dos quais 405 por via vaginal e 214 por cesárea eletiva.

A variável dependente ou resposta foi tipo de parto: cesárea eletiva ou parto vaginal. Mediante modelo de regressão logística múltipla, hierarquizado, composto por três blocos (Figura 1), foram identificados os fatores independentemente associados à cesárea eletiva.

Como variáveis independentes do bloco I foram considerados fatores sociodemográficos: idade (< 18 ; 18 a 34; ≥ 35 anos); escolaridade (até o ensino fundamental; no mínimo o ensino médio); trabalho remunerado (não; sim) e viver com companheiro (não; sim). O bloco II foi constituído pelas variáveis relativas às características gestacionais: gestação planejada (não; sim); tipo de pagamento do pré-natal (SUS; rede suplementar); tipo de hospital de ocorrência do parto (SUS; rede suplementar); número de consultas pré-natais (< 7 ; ≥ 7). Do bloco III constaram as variáveis relativas às intercorrências gestacionais: ocorrência na gestação (sim / não) de hemorragia ou ameaça de abortamento; síndrome hipertensiva; diabetes; infecção urinária e/ou vaginal; uso de drogas; anemia e problema emocional.

Os dados que compõem as variáveis do bloco I foram coletados a partir de cartão de pré-natal (idade e escolaridade) e entrevista (trabalho remunerado e viver com companheiro). Os do bloco II foram coletados por entrevista (gestação planejada), cartão de pré-natal (tipo de pagamento do pré-natal e número de consultas pré-natais) e prontuário (tipo de hospital de ocorrência do parto). As variáveis do terceiro bloco foram coletadas no cartão de pré-natal.

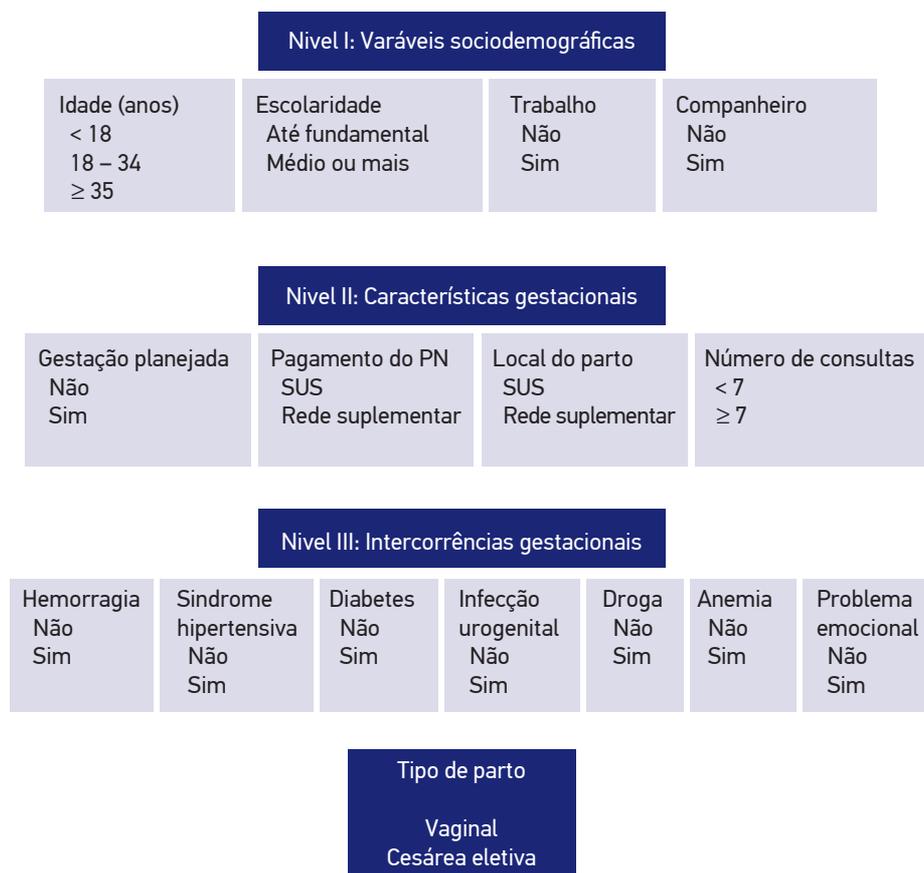
Inicialmente fez-se análise univariada com todas as variáveis de cada nível hierárquico, sendo estimadas as *odds ratio* (OR) brutas, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Aquelas que apresentaram nível de significância estatística $> 0,20$ foram descartadas. Em seguida foram rodados modelos para as variáveis de cada nível, identificando aquelas associadas com cesárea eletiva em nível de $p < 0,05$. Foi, então, criado modelo múltiplo,

hierarquizado, ajustado para as variáveis dos blocos precedentes. Assim, tal modelo discriminou os fatores de risco hierarquicamente superiores como exercendo sua ação através daqueles situados inferiormente.

A execução deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob número de processo 245/2012.

RESULTADOS

A maior parte das mulheres tinha idade igual ou superior a 18 anos (568/619; 91,8%), sendo que 10,8% (67/619) tinham 35 anos ou mais; 73,2% (453/619) tinham no mínimo o ensino médio; 86,4% (535/619) viviam com companheiro e 84,8% (525/619) tinham



PN: pré-natal; SUS: Sistema Único de Saúde.

Figura 1. Modelo de análise de cesárea eletiva.

realizado 7 ou mais consultas pré-natais. Infecção urinária e/ou genital foi a intercorrência mais comum (113/619; 18,2%). Praticamente todas as cesáreas eletivas (208/214; 97,2%) foram realizadas na maternidade da rede suplementar (dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 é referente às características sociodemográficas, características gestacionais e intercorrências gestacionais das mulheres estudadas, segundo tipo de parto.

Os valores obtidos nas análises univariadas, considerando-se as variáveis independentes testadas em relação à cesárea eletiva, constam da Tabela 2. Houve associação entre cesárea eletiva e características sociodemográficas das mulheres, sendo esse tipo de parto mais frequente em mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com pelo menos ensino médio, trabalho remunerado e companheiro. Também houve associação da cesárea eletiva com as seguintes características: planejamento da gestação, pagamento do pré-natal realizado pelo SUS, mais de sete consultas pré-natais e parto realizado no SUS; considerando-se as intercorrências gestacionais, houve associação apenas entre cesárea eletiva e infecção urinária e/ou intestinal.

As Tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises múltiplas. Todas as variáveis sociodemográficas associaram-se, de modo independente entre si, à cesárea eletiva, permanecendo no modelo final como potenciais confundidores dos blocos subsequentes.

As variáveis relativas às características gestacionais que apresentaram associação com cesárea eletiva, após ajuste para o bloco anterior, foram: tipo de pagamento do pré-natal e tipo de hospital de ocorrência do parto, sendo que mulheres que realizaram pré-natal no SUS tiveram menos chance (OR = 0,14; IC95% 0,04 – 0,45) de serem submetidas à cesárea eletiva e para mulheres que realizaram parto na maternidade pública, a chance de cesárea eletiva foi significativamente menor (OR = 0,01; IC95% 0,003 – 0,34). Gestação planejada e número de consultas pré-natais foram excluídas do modelo final, pois não mantiveram associação com cesárea eletiva, após os ajustes para os blocos anteriores. Infecção urinária e/ou genital, variável do terceiro bloco, também não permaneceu associada à cesárea eletiva ($p = 0,207$; OR = 0,50; IC95% 0,17 – 1,45) e também foi removida do modelo final (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Neste estudo tomaram-se como indicadores de condições socioeconômicas desfavoráveis a baixa escolaridade^{19,20} e ter pagamento do pré-natal e parto pelo SUS²⁰, sendo então evidenciada a associação entre cesárea eletiva e melhor nível socioeconômico. A chance de cesárea eletiva foi maior entre mulheres que realizaram pré-natal em serviços privados; praticamente todas as cesáreas eletivas ocorreram na maternidade privada, indicando a relevância de fatores sociais na definição de um procedimento (parto vaginal ou cirúrgico) que deveria ser pautado estritamente em razões ligadas ao processo saúde/doença.

Esse tipo de parto é realizado com agendamento, antes mesmo do início do trabalho de parto, e tem sido associado à maior risco perinatal, pois pode ser realizado em momento em que o feto não estava totalmente pronto para nascer²¹. Configura-se, assim, situação

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas, características e intercorrências gestacionais das mulheres por tipo de parto. Botucatu, SP, 2012.

Variável	Parto vaginal		Cesárea eletiva	
	n	%	n	%
Idade				
< 18 anos	48	94,1	3	5,9
18 a 34 anos	320	63,9	181	36,1
≥ 35 anos	37	55,2	30	44,8
Escolaridade				
Até ensino fundamental	155	93,4	11	6,6
Mínimo ensino médio	250	55,2	203	44,8
Trabalho remunerado				
Não	223	87,4	32	12,6
Sim	182	50,0	182	50,0
Vive com companheiro				
Não	67	79,7	17	20,3
Sim	338	63,2	197	36,8
Gestação planejada				
Não	256	79,5	66	20,5
Sim	149	50,1	148	49,9
Pagamento do pré-natal				
Sistema Único de Saúde	371	97,4	10	2,6
Rede suplementar	34	14,3	204	85,7
Hospital de ocorrência do parto				
Sistema Único de Saúde	378	98,4	6	1,6
Rede suplementar	27	11,5	208	88,5
Consultas pré-natais				
< 7	81	86,2	13	13,8
≥ 7	324	61,7	201	38,3
Hemorragia/ameaça abortamento				
Sim	16	53,3	14	46,7
Não	389	66,0	200	34,0

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	Parto vaginal		Cesárea eletiva	
	n	%	n	%
Síndrome hipertensiva				
Sim	16	55,1	13	44,9
Não	389	65,9	201	34,1
Diabetes				
Sim	10	62,5	6	37,5
Não	395	65,5	208	34,5
Infecção urinária e/ou genital				
Sim	92	81,4	21	18,6
Não	313	61,8	193	38,2
Uso de droga				
Sim	6	100,0	–	–
Não	399	65,1	214	34,9
Anemia				
Sim	19	57,5	14	42,5
Não	386	65,8	200	34,2
Problema emocional				
Sim	57	63,3	33	36,7
Não	348	65,8	181	34,2

rara no país, na qual a população mais privilegiada do ponto de vista socioeconômico está mais exposta a um fator de risco à saúde: a cesárea eletiva.

Não foram encontrados na literatura brasileira estudos voltados à identificação de fatores associados especificamente à cesárea eletiva em comparação ao parto vaginal. Porém, revisão da literatura sobre a saúde de mães e crianças no Brasil revelou que entre as operações cesarianas realizadas no país, quase metade é agendada, e apontou a associação entre parto cesárea e melhores condições socioeconômicas²².

As pesquisas brasileiras, como já referido, frequentemente buscam os fatores de risco da cesárea em geral. Dessa maneira, embora a associação entre nível socioeconômico e cesárea já fosse conhecida no país, os resultados aqui apresentados são importantes porque, ao excluir da população de estudo as cesáreas com indicação, possibilitou evidenciar que, no contexto deste estudo, a cesárea eletiva configurou-se como problema quase exclusivo da atenção fora do SUS.

Tabela 2. Análise univariada dos fatores associados com cesárea eletiva, nível de significância, *odds ratio* bruta e intervalo de confiança de 95%). Botucatu, SP, 2012.

Variável	Valor p	OR	IC95%
Idade (anos)			
18 a 34	< 0,001	9,05	2,77 – 29,46
≥ 35	< 0,001	12,09	3,67 – 45,82
Escolaridade			
Até ensino fundamental	< 0,001*	0,08	0,04 – 0,16
Trabalho remunerado			
Não	< 0,001*	0,14	0,09 – 0,21
Vive com companheiro			
Não	0,003*	0,43	0,24 – 0,76
Gestação planejada			
Não	< 0,001*	0,26	0,18 – 0,37
Pagamento do pré-natal			
Sistema Único de Saúde	< 0,001*	0,004	0,002 – 0,009
Hospital de ocorrência do parto			
Sistema Único de Saúde	< 0,001*	0,002	0,001 – 0,005
Consultas pré-natais			
< 7	< 0,001*	0,25	0,40 – 0,47
Hemorragia/ameaça de aborto			
Sim	0,153*	1,70	0,81 – 3,55
Síndrome hipertensiva			
Sim	0,234*	1,57	0,74 – 3,33
Diabetes			
Sim	0,803*	1,13	0,40 – 3,17
Infecção urinária e/ou genital			
Sim	< 0,001*	0,37	0,22 – 0,61
Uso de droga			
Sim	0,098**	–	–
Anemia			
Sim	0,330*	1,42	0,69 – 2,89
Problema emocional			
Sim	0,651*	1,11	0,69 – 1,77

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *teste do χ^2 ; **teste exato de Fisher.

Tabela 3. Associação entre cesárea eletiva e variáveis sociodemográficas (Bloco I), características gestacionais (Bloco II) e intercorrências gestacionais (Bloco III), considerando-se valores de *odds ratio* ajustados, intervalo de confiança de 95% e valor p. Botucatu, SP, 2012.

Variáveis	Valor p	OR	IC95%
Bloco I			
Idade (anos)			
< 18			
18 a 34	0,008	5,36	1,55 – 18,53
≥ 35	0,006	6,57	1,71 – 25,25
Escolaridade			
Até ensino fundamental	< 0,001*	0,15	0,08 – 0,28
No mínimo o ensino médio			
Trabalho remunerado			
Não	< 0,001*	0,20	0,13 – 0,32
Sim			
Vive com companheiro			
Não	0,018*	0,46	0,25 – 0,86
Sim			
Bloco II			
Gestação planejada			
Não	0,141*	0,57	0,27 – 1,21
Sim			
Pagamento do pré-natal			
Sistema Único de Saúde	< 0,001*	0,14	0,05 – 0,43
Rede suplementar			
Hospital de ocorrência do parto			
Sistema Único de Saúde	< 0,001*	0,01	0,00 – 0,04
Rede suplementar			
Consultas pré-natais			
< 7	0,879*	0,91	0,25 – 3,26
≥ 7			
Bloco III			
Hemorragia/ameaça abortamento			
Sim	0,287*	1,50	0,71 – 3,14
Não			
Infecção urinária e/ou genital			
Sim	< 0,001*	0,38	0,23 – 0,63
Não			

*teste do χ^2 .

Tabela 4. Modelo final hierarquizado com as *odds ratio* ajustada para estimar o risco de cesárea eletiva. Botucatu, SP, 2012.

Ajuste hierarquizado	Valor p	OR	IC95%
Bloco I: Variáveis sociodemográficas			
18 a 34 anos	0,008	5,36	1,55 – 18,53
≥ 35 anos	0,006	6,57	1,71 – 25,25
Até ensino fundamental	< 0,001	0,15	0,08 – 0,28
Não trabalha	< 0,001	0,20	0,13 – 0,32
Sem companheiro	0,018	0,46	0,25 – 0,86
Bloco II: Características gestacionais			
Ocorrência do parto em hospital do Sistema Único de Saúde	0,001	0,01	0,003 – 0,34
Pagamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde	0,002	0,14	0,04 – 0,45

De forma semelhante ao presente estudo, que evidenciou associação entre cesárea eletiva e parto realizado na rede suplementar, coorte retrospectiva realizada na Austrália indicou aumento na taxa de cesariana agendada antes do início do trabalho de parto entre mulheres atendidas em hospitais privados²³. Inversamente, porém, estudo realizado na Finlândia, com objetivo de verificar a associação entre cesárea eletiva e características socioeconômicas maternas, concluiu não haver tal associação²⁴. A divergência entre países indica que a associação entre maior nível socioeconômico e cesárea eletiva não é universal, sendo, possivelmente, modificada por fatores socioculturais relevantes, incluindo, no caso brasileiro, a característica da fonte pagadora. Assim, é relevante a realização de estudos sobre esse tema em diferentes contextos e realidades.

Os achados deste estudo apoiam a ideia de que para diminuir a taxa abusiva de cesárea existente no Brasil será necessário reduzir as cesáreas eletivas na rede suplementar. Na literatura, entre as razões apontadas para o excessivo uso dessa intervenção em serviços privados está, essencialmente, a conveniência para os médicos, pela possibilidade de realizarem mais partos em menos tempo e possibilidade de compatibilizarem o agendamento das operações ao atendimento em consultório. Para os hospitais também há vantagens, já que, como em qualquer cirurgia, podem ser incluídos nos custos da operação cesariana valores referentes ao uso de materiais e equipamentos que são desnecessários no parto normal^{25,26}.

Reverter essa situação deverá passar pela adoção de estratégias como a ampla divulgação das vantagens do parto vaginal e dos riscos da cesárea para a população em geral e a oferta de atividades educativas sobre parto vaginal para gestantes, de forma a instrumentalizar a mulher e sua família em sua decisão sobre a via de parto, permitindo a ela buscar um profissional que atenda aos seus anseios; incentivo à criação de serviços que valorizem o parto natural na rede suplementar; ampliação da participação de enfermeiras obstétricas no cuidado, visto que a presença dessa profissional nas maternidades reduz a chance de intervenções desnecessárias, inclusive a cesárea; efetiva oferta de apoio às parturientes nos serviços

de saúde suplementar; viabilização da presença de acompanhante de escolha da mulher ou mesmo a oferta de acompanhamento por doulas; entre outras formas de favorecer e ofertar atendimento humanizado no parto^{9,27,28}.

Os demais fatores associados com cesárea eletiva não são passíveis de intervenção (ou exigem intervenções mais abrangentes, não apenas no âmbito da saúde), constituindo marcadores de condições sociodemográficas de mulheres que têm acesso e buscam a rede privada para a atenção à saúde.

Algumas limitações dos resultados aqui descritos devem ser consideradas: as variáveis tomadas como indicadoras de situação socioeconômica (escolaridade, tipo de pagamento do pré-natal e tipo de hospital de ocorrência do parto) são indiretas, pois não foram obtidos dados de renda ou específicos para aferição de nível socioeconômico. Entretanto, deve-se notar que na maternidade que compõe a rede suplementar no município estudado somente são realizados partos com pagamento privado ou por convênio saúde, enquanto que na maternidade pública são realizados quase exclusivamente partos pelo SUS. Também é relevante apontar que não foi realizado prévio cálculo amostral para testar a associação entre os potenciais determinantes investigados e cesárea eletiva, sendo incluídos nas análises apresentadas nesse artigo praticamente todos os nascimentos por parto normal ou cesárea eletiva ocorridos nos primeiros seis meses de 2012, no município. Com tal tamanho de amostra o poder de estudo variou entre 70 e 90% para a maioria das associações detectadas, supondo amostragem aleatória simples e erro tipo I fixado em 0,05.

Aspecto positivo a ser ressaltado é relativo à definição de cesárea eletiva. Considerando que nem toda cesárea agendada não seria indicada, essa classificação foi realizada a partir da combinação da informação da mãe sobre o agendamento do nascimento com dados do prontuário e cartão de pré-natal que permitiram definir a situação de indicação (ou não) da cesárea. Para tal, contou-se com a avaliação de três profissionais experientes, de modo independente, sendo que na discordância, a cesárea foi considerada indicada, reduzindo a chance de falsos positivos dentre as cesáreas eletivas.

CONCLUSÕES

Na comparação com parto normal, cesárea eletiva associou-se independentemente de potenciais confundidores a características sociodemográficas maternas: idade, escolaridade, situação de trabalho, presença de companheiro, pagamento do pré-natal e hospital de realização do parto.

Esses resultados indicam a necessidade de ações no âmbito das políticas de saúde voltadas à rede suplementar para viabilizar a redução das taxas de cesárea eletiva, com vistas a aproximar a taxa global de cesárea à recomendada.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela concessão de auxílio financeiro para a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conheça a Rede Cegonha [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf (Acessado em: 4 de agosto de 2014).
2. Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med* 2010; 8: 71-81.
3. Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepções de puérperas. *Rev Rene* 2011; 12(3): 548-54.
4. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luis, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(7): 1587-96.
5. Prior E, Santhakumaran S, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 2012; 95(5): 1113-35.
6. Renz-Polster H, David MR, Buist AS, Vollmer WM, O'Connor EA, Frazier EA, et al. Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clin Exp Allergy* 2005; 35(11): 1466-72.
7. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Efeito da duração da amamentação predominante no crescimento infantil: um estudo prospectivo com modelos não lineares de efeitos mistos. *J Pediatr* 2008; 84(3): 237-43.
8. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(Suppl 1): S101-6.
9. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2(8452): 436-7.
10. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 2009; 360(2): 111-20.
11. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet* 2006; 368(9546): 1516-23.
12. Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth: few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery* 2011; 27(5): 620-7.
13. Demontis R, Pisu S, Pintor M, D'aloja E. Cesarean section without clinical indication versus vaginal delivery as a paradigmatic model in the discourse of medical setting decisions. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24(12): 1470-5.
14. Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20(2): 116-9.
15. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206(4): 331.e1-19.
16. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(10): 2009-20.
17. Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000; 14(1): 30-8.
18. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesarianas baseadas em evidências: parte I. *Femina* 2010; 30(8): 417-22.
19. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 100-7.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil – 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
21. Francisco RPV, Zugaib M. Intercorrências neonatais de cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. *Rev Assoc Med Bras* 2013; 59(2): 93-4.
22. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios [Internet]. *The Lancet*; 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf> (Acessado em 14 de julho de 2014).
23. Einarsdóttir K, Haggard F, Pereira G, Leonard H, Klerk N, Stanley FJ, et al. Role of public and private funding in the rising caesarean section rate: a cohort study. *BMJ Open* 2013; 3(5): e002789.
24. Räisänen S, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Influence of delivery characteristics and socioeconomic status on giving birth by caesarean section: a cross sectional study during 2000–2010 in Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14: 120-8.
25. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relaciona ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(2): 427-35.

26. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5): 1051-61.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Volume 4: humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf (Acessado em: 6 de agosto de 2014).
28. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Col* 2010; 4(4): 105-17.

Recebido em: 12/12/2014

Versão final apresentada em: 12/07/2015

Aprovado em: 15/09/2015