



Universidade Federal da Fronteira Sul
UFFS
Campus Chapecó
Curso de Graduação em Medicina

**FATORES RELACIONADOS À VIA DE PARTO CESARIANA EM UM
HOSPITAL REFERÊNCIA DO OESTE CATARINENSE**

Lilian Baseggio

Chapecó – SC, 2019

LILIAN BASEGGIO

**FATORES RELACIONADOS À VIA DE PARTO CESARIANA EM UM
HOSPITAL REFERÊNCIA DO OESTE CATARINENSE**

Artigo resultante do Trabalho de Curso apresentado à Universidade Federal da Fronteira Sul como parte dos requisitos para obtenção do grau de Médico(a).

Professor Orientador: Dr. Paulo Roberto Barbato.

Professores Co-orientadores: Dra. Joanna D'Arc Lyra Barista, Dra. Máira Rossetto, Me. Joice Moreira Schmalfuss.

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Baseggio, Lilian

Fatores Relacionados à Via de Parto Cesariana em um Hospital de Referência do Oeste Catarinense / Lilian Baseggio. -- 2019.

18 f.

Orientador: Doutor Paulo Roberto Barbato.

Co-orientador: Doutora Joanna D'arc Lyra Batista.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Medicina, Chapecó, SC , 2019.

1. Obstetrícia. 2. Saúde Materna. 3. Parto. 4. Cesárea. I. Barbato, Paulo Roberto, orient. II. Batista, Joanna D'arc Lyra, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Lilian Baseggio

Fatores Relacionados à Via de Parto Cesariana em um Hospital Referência do Oeste Catarinense

Trabalho de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de aprovação no respectivo componente da grade do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - *campus* Chapecó.

Orientador(a): **Prof^(a). Dr^(a). Paulo Roberto Barbato**

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 21/11/2019

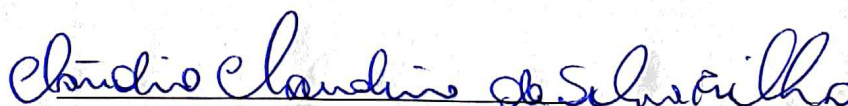
BANCA EXAMINADORA



Prof^(a). Dr^(a). Paulo Roberto Barbato



Prof^(a). Dr^(a). Adriana Wagner



Prof^(a). Dr^(a). Claudio Claudino da Silva Filho

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO.....	7
METODOLOGIA	8
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	16

RESUMO

Objetivo: descrever as características relacionadas aos partos e comparar os fatores associados à realização de cesariana em parturientes atendidas em um hospital referência do Oeste Catarinense. Métodos: estudo transversal cuja coleta de dados foi realizada em uma maternidade localizada em um hospital de Chapecó, entre agosto e setembro de 2016, por meio de questionário que contemplava questões sobre antecedentes obstétricos, pré-natal e parto e informações do recém-nascido. Resultados: Foram entrevistadas 343 puérperas, com idade média de 27,9 anos (18-42), 17,8% residiam em cidades vizinhas à Chapecó. Em relação aos partos, 60,1% ocorreram via cesariana, 38,2% via vaginal e 1,7% via vaginal com uso de fórceps. Em 83,6% dos casos os partos foram financiados pela rede pública de saúde. A idade gestacional variou de 28 a 42 semanas (média 38,7 semanas) e 31 (9%) partos foram pré-termo (<37 semanas gestacionais). As variáveis que estiveram associadas à cesariana foram ter cesariana anterior, financiamento do parto privado, ser informada sobre opções de parto durante o pré natal, intercorrência(s) na gestação atual, não ter contato pele a pele com o bebê logo após o nascimento, bebê com agravo ou má formação e idade gestacional de 41 semanas ou mais no parto. Conclusões: apesar da assistência pré-natal satisfatória, é necessário melhorar alguns aspectos, como a alta taxa de cesarianas. A identificação de características associadas à via cesariana pode auxiliar numa intervenção direcionada para diminuir a ocorrência excessiva desta prática quando não recomendada.

Palavras-chave: Obstetrícia; Saúde materna; Parto; Cesárea.

ABSTRACT

Objective: To describe related characteristics to childbirth and compare the factors associated with the cesarian section in parturients attended at a reference hospital in western Santa Catarina. **Methods:** A cross-sectional study whose data collection was performed in a maternity located in a hospital in Chapecó, between August and September 2016, through a questionnaire that included questions about obstetric records, prenatal and birth and information about the newborn. **Results:** A total of 343 postpartum woman were interviewed, with median age of 27.9 years (18-42), 17.8% lived in cities around Chapecó. With regard to the deliveries, 60.1% occurred through cesarian section, 38.2% through vaginal delivery and 1.7% through forceps vaginal route. At 83.6% of the cases the birth were financed by public heath. The gestational age varied from 28 to 42 weeks (38.7 weeks medium) and 31 (9%) of the births were preterm (<37 weeks). The variables associated to the cesarian section were to have previous cesarean, private childbirth financing, to be informed about labor options during prenatal, complication at the current gestation, not to have skin-to-skin contact soon after the birth, baby with malformation or complication and gestational age of 41 weeks or more at the birth. **Conclusion:** Although the satisfactory prenatal assistance, it is necessary to improve some aspects, like the elevate number of cesarian sections. To identify the characteristics associated to the cesarian route may assist a directive intervention to decrease the excessive occurrence of this practice, when not indicated.

Key words: Obstetrics, Maternal Health; Parturition; Cesarean section.

INTRODUÇÃO

Atualmente, os índices de partos por via cesariana no Brasil chegam a 52%, segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil coordenada pela Fiocruz.¹ No setor privado esse índice pode chegar a até 88%, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que taxas de cesarianas superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. A taxa ajustada recomendada para as características da população brasileira seria de 25-30%.^{1, 2} A consequência são mulheres cada vez mais submetidas a cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento dos riscos inerentes ao procedimento.

O benefício à saúde materna e perinatal trazido pela realização de parto cirúrgico com justificativa clínica é indiscutível, no entanto, a exposição ao procedimento sem indicação adequada gera maior permanência hospitalar, interferência na vinculação entre mãe e bebê, dificuldades no aleitamento materno, aumento da morbidade materna e neonatal, incluindo maiores riscos de insuficiência respiratória no nascituro, aumento da estadia em unidade de terapia intensiva e o uso de procedimentos de alta densidade tecnológica.^{3,4} Esses fatores são considerados contribuintes para a dificuldade de redução nas taxas de mortalidade materna no país.²

O modelo obstétrico com foco no profissional em detrimento da abordagem em equipe multiprofissional, características socioculturais, qualidade dos serviços e características da assistência pré-natal são fatores fortemente implicados na decisão pela via de parto.^{2,4}

Em relação à gestão dos serviços no SUS (Sistema Único de Saúde), estima-se um impacto de mais de 80 milhões ao ano devido a realização de cesarianas eletivas sem indicação clínica em mulheres de risco habitual.⁵

A necessidade de entender os fatores relacionados à via de parto permite a compreensão dessas relações. Sendo o Brasil um dos países que mais realiza parto cirúrgico eletivamente no mundo, é importante perceber a organização e os fatores levados em conta nas decisões das equipes de saúde e pacientes, de maneira a possibilitar a discussão e avaliação crítica do modelo obstétrico em curso.

As características sobre a assistência ao parto em algumas regiões do Brasil são pouco descritas e, portanto, não é possível determinar satisfatoriamente como esse processo ocorre. O município de Chapecó ocupa o quinto lugar em número de nascidos vivos no estado de Santa Catarina, sendo um importante centro de referência para a

região oeste do estado. Portanto, a partir da necessidade de produzir dados sobre a realidade do sul do Brasil a respeito das características relacionadas à via de parto, este trabalho objetivou identificar os fatores associados à realização de cesariana em parturientes atendidas em um hospital referência do Oeste Catarinense.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal prospectivo com o objetivo de caracterizar todos os partos atendidos em um hospital de referência no município de Chapecó, Santa Catarina, no sul do Brasil.

Dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde mostraram que Chapecó contabilizou 3.183 nascidos vivos no ano de 2013, sendo que 74 nascimentos foram decorrentes de gestação dupla, nenhum de gestação tripla e três nascimentos por tipo de gestação ignorada. Considerando estes dados, levantou-se o número de 3.146 puérperas para o ano de 2013. A partir desses achados e de percentuais de boas práticas obstétricas descritas na literatura¹, foi calculado o tamanho da amostra de 213 puérperas, considerando um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%.

Foram critérios de inclusão: ser puérpera, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar nas primeiras 48 horas de pós-parto e estar internada na maternidade. Os critérios de exclusão foram: não falar português e estar em condições clínicas que impossibilitem sua participação no estudo.

A coleta de dados foi realizada diariamente entre agosto e setembro de 2016 por meio de questionário padronizado aplicado pelas pesquisadoras na beira do leito. O questionário foi elaborado especialmente para esta pesquisa e abordou informações referentes aos antecedentes obstétricos, ao parto atual, ao(s) recém-nascido(s) e ao pré-natal. Informações foram complementadas com dados consultados no prontuário e cartão pré-natal de cada puérpera entrevistada, após autorização dos sujeitos de pesquisa.

As variáveis de exposição foram selecionadas e adaptadas com base em estudos prévios e no questionário do estudo *Nascer no Brasil*.⁶

Os dados foram digitados e analisados através do emprego do teste qui quadrado. As análises de fatores associados foram feitas por meio de regressão logística

multivariada através do programa STATA versão 12, com emprego do *Odds Ratio*. Foi utilizada a regressão logística multivariada *backward* para identificar os fatores associados à via de parto. As variáveis associadas ao desfecho com p valor $\leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo multivariado.

A pesquisa base foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer de número 1.575.071 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 55888216.4.0000.5564, e todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de concederem a entrevista.

RESULTADOS

Das puérperas selecionadas para participar do estudo, três não foram entrevistadas por recusa. No total foram entrevistadas 343 mulheres entre 10 de agosto e 30 de setembro do ano de 2016. As puérperas foram recrutadas todos os dias, por meio de plantões dos entrevistadores. A idade média das mulheres que compuseram a amostra foi de 27,9 anos (18-42) e 17,8% residiam em cidades vizinhas à Chapecó. A maioria (61,8%) já esteve grávida anteriormente. Todas realizaram pré-natal e 87,2% tiveram pelo menos seis consultas, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.⁷ Em relação aos partos, 60,1% ocorreram por via cesariana, 38,2% via vaginal e 1,7% via vaginal com uso de fórceps. Sete gestações (2%) foram gemelares, sendo uma de trigêmeos. Características gerais dos partos são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características gerais dos partos, das puérperas e dos recém-nascidos atendidos no Hospital Regional do Oeste, Chapecó, 2016.

Características	Média	Eventos (%)
Idade da puérpera (anos)	27,9	
Cidade de residência (Chapecó)		282 (82,2)
Via de parto (cesariana)		206 (60,1)
Idade Gestacional (semanas)	38,7	
Peso médio dos RNs (gramas)	3.123,65	
Altura média dos RNs (centímetros)	47,85	

Fonte: Elaborada pelos autores.

RN- Recém-nascido

O resultado das análises bivariadas para verificação da associação das variáveis estudadas com a via de parto são demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Frequências e análise bivariada dos fatores biológicos, socioeconômicos, clínicos, relacionados ao serviço de saúde e ao recém-nascido associados à via de parto, Chapecó, 2016.

	Via de Parto		OR (IC 95%)	p
	Vaginal n (%)	Cesariana n (%)		
Variáveis Biológicas				
Grupo Etário				
18 a 29 anos	91 (46,7)	104 (53,3)	1,0	
30 ou mais anos	46 (31,1)	102 (68,9)	1,9 (1,24 – 3,03)	0,004
Cor da pele autorreferida				
Não Branca	54 (40,9)	78 (59,1)	1,0	
Branca	82 (39,4)	126 (60,6)	1,06 (0,68 – 1,66)	0,785
Variáveis Socioeconômicas				
Cidade de residência				
Chapecó	118 (41,8)	164 (58,2)	1,0	
Outras cidades	19 (31,2)	42 (68,8)	1,59 (0,880 – 2,87)	0,124
Variáveis relacionadas ao serviço de saúde				
Tipo de financiamento do parto				
Público	130 (45,5)	156 (54,5)	1,0	
Privado	6 (10,7)	50 (89,3)	6,94 (2,88 – 16,71)	0,000
Durante o pré-natal foi informada sobre as opções de parto				
Não	69 (53,1)	61 (49,9)	1,0	
Sim	68 (31,9)	145 (68,1)	2,41 (1,54 – 3,78)	0,000
Variáveis clínicas				
Idade gestacional no parto				
Até 40 semanas	126 (41,3)	179 (58,7)	1,0	
40+1 semanas ou mais	11 (28,9)	27 (71,1)	1,72 (0,83 – 3,61)	0,146
Cesariana anterior				
Não	123 (53)	109 (47)	1,0	
Sim	14 (12,6)	97 (87,4)	7,8 (4,22 – 14,49)	0,000
Ter alguma intercorrência na gravidez atual*				
Não	126 (44,1)	160 (55,9)	1,0	
Sim	11 (19,3)	46 (80,7)	3,29 (1,64 – 6,62)	0,001
Número de consultas no pré-natal				
Seis ou mais	116 (40,7)	169 (59,3)	1,0	
Cinco ou menos	21 (50,0)	21 (50,0)	0,69 (0,36 – 1,31)	0,256
Número de USG durante a gravidez				
Até duas	46 (51,1)	44 (48,9)	1,0	
Três ou mais	90 (36,3)	158 (63,7)	1,83 (1,13 – 2,99)	0,015
Variáveis relacionadas ao recém-nascido				
O bebê teve contato pele a pele com a mãe após o nascimento				
Sim	125 (43,4)	163 (56,6)	1,0	
Não	12 (21,8)	43 (78,2)	2,75 (1,4 – 5,43)	0,004
Bebê diagnosticado com algum agravo				

Não	134 (41)	193 (59)	1,0	
Sim	01 (7,1)	13 (92,9)	9,02 (1,17 – 69,82)	0,035
Peso do recém-nascido				
≥2500g	127 (41,1)	182 (59,0)	1,0	
<2500g	09 (30,0)	21 (70,0)	1,63 (0,72 – 3,67)	0,240
Apgar do 1º minuto				
7 a 10	124 (39,9)	187 (60,1)	1,0	
0 a 6	05 (27,8)	13 (72,2)	1,72 (0,60 – 4,96)	0,312

Fonte: Elaborada pelos autores.

* Diabetes gestacional, pressão alta, placenta prévia, eclâmpsia, cerclagem e/ou ruptura uterina.

Foram selecionadas para a análise multivariada as seguintes variáveis: ter cesariana anterior, financiamento privado do parto (convênio ou particular), ser informada sobre as opções de parto durante o pré-natal, ter alguma intercorrência durante a gestação, o bebê ser diagnosticado com algum agravo, idade gestacional de 41 semanas ou mais e não ter contato pele a pele com o bebê após o nascimento. O modelo final da multivariada é apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Modelo final da regressão multivariada da associação entre exposições estudadas e a via de parto cesariana, Chapecó, 2016.

	OR (IC 95%)	p
Cesariana anterior		
Não	1,0	
Sim	9,2 (4,7 – 18,1)	0,000
Tipo de financiamento do parto		
Público	1,0	
Privado*	12,1 (4,7 – 31,7)	0,000
Durante o pré-natal foi informada sobre as opções de parto		
Não	1,0	
Sim	2,2 (1,3 – 4,0)	0,005
Ter alguma intercorrência na gravidez atual**		
Não	1,0	
Sim	5,1 (2,3 – 11,4)	0,000
O bebê teve contato pele a pele com a mãe após o nascimento		
Sim	1,0	
Não	3,5 (1,5 – 8,2)	0,004
Bebê diagnosticado com algum agravo		
Não	1,0	
Sim	10,1 (1,1 – 9,9)	0,039
Idade gestacional no parto		
Até 40 semanas	1,0	
41 semanas ou mais	3,8 (1,6 – 9,1)	0,003

Fonte: Elaborado pelos autores.

* Convênio ou particular.

** Diabetes gestacional, pressão alta, placenta prévia, eclâmpsia, cerclagem e/ou ruptura uterina.

DISCUSSÃO

Estiveram associadas no modelo de regressão final à via de parto cesariana ter cesariana anterior, tipo de financiamento do parto privado, ser informada sobre as opções de parto durante o pré-natal, ter alguma intercorrência durante a gestação, não ter contato pele a pele com o bebê após o nascimento, o bebê ser diagnosticado com algum agravo, e idade gestacional de 41 semanas ou mais.

A taxa de cesarianas encontrada em nosso estudo foi de 60,1%. Este percentual está bem acima do recomendado pela OMS⁸, que considera a taxa ideal de cesarianas em torno de 10% a 15% e também acima da taxa ajustada recomendada para as características da população brasileira, que é de 25-30%.² O percentual descrito no estudo também é maior do que a taxa de 52% relatada para todo o Brasil.¹ No setor público, o índice encontrado de cesariana foi 54,5%, enquanto no setor privado foi de 89,3%. No estudo Nacer no Brasil, as taxas de cesariana no setor público foram de 46% e no setor privado de 88%, o que demonstra que as taxas de cesariana relatadas em Chapecó são maiores que as nacionais.

Ter o parto financiado de forma privada, convênio ou particular, apresentou uma chance quase 12,1 vezes maior de cesariana quando comparado com a realização do parto pelo serviço público de saúde. O estudo de Oliveira e colaboradores⁹ constatou que das mulheres que realizaram o parto pelo sistema privado, 93,8% foram através de cesarianas e, das que tiveram parto pelo SUS, 55,5% foram por via cesariana. Nakamura-Pereira e colaboradores¹⁰ encontraram uma taxa de cesariana de 51,9% (42,9% no setor público e 87,9% no setor privado). A maior chance de cesariana no financiamento privado do parto encontrado neste estudo corrobora com os dados do estudo Nacer no Brasil, onde as taxas de cesarianas são maiores que 80% no setor privado e 40% no setor público.¹¹

Ter cesariana anterior correspondeu a uma chance 9,2 vezes maior de realização de uma nova cesariana. Apesar dos riscos de um parto vaginal após cesariana serem baixos, ainda é observado uma prática baseada na expressão “uma vez cesariana, sempre cesariana” citada por Freitas, Sakae e Jacomino.¹² A realização de tentativa de parto após cesariana foi associada a aumento do risco relativo, mas com taxa absoluta baixa, de morbimortalidade materna e neonatal severa comparada com cesariana planejada.¹³ A complicação mais relacionada a tentativa de parto normal após cesariana é a ruptura uterina, entretanto seu risco é de 0,3%.¹³ A recomendação do ministério da

saúde é de encorajar mulheres com cesariana anterior a tentar parto vaginal, mediante individualização e esclarecimento dos riscos.¹⁴

Ser informada sobre as opções de parto durante o pré-natal esteve relacionado com chance 2,2 vezes maior de cesariana. De acordo com o estudo *Nascer no Brasil*, são numerosas as influências no processo de decisão pela via de parto, como fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos e principalmente pelo tipo de financiamento do parto. Além disso, o estudo observou que ao longo da gestação as mulheres diminuem sua preferência por parto vaginal, sendo que receber informação sobre os tipos de parto foi pouco relatado como influência no processo de decisão.¹³ Um fator limitante na análise dessa variável pode ter sido a utilização de uma questão fechada, impossibilitando as mulheres de expressarem qual a informação recebida e sua influência na escolha da via de parto.

Ter tido um dos seguintes intercorrências durante a gestação: diabetes, pressão alta, placenta prévia, eclâmpsia, cerclagem e/ou ruptura uterina teve uma associação de 5,1 vezes maior à cesariana do que as gestantes sem risco durante a gestação. A diabetes gestacional tem indicação de via de parto obstétrica, sendo que a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda que gestantes com ótimo controle metabólico, que não tenham antecedentes de morte perinatal, macrossomia ou complicações associadas, podem aguardar evolução espontânea para parto natural até o termo.¹⁵ A presença de distúrbios hipertensivos na gestação, como a hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, representam uma importante causa da mortalidade materna, no entanto, não são indicativos de intervenção cirúrgica.¹⁶ Apenas nove dos 57 casos de gravidez de risco referiram ter placenta prévia. A via de parto, nos casos de placenta prévia, dependerá do julgamento clínico do profissional, a partir de dados ultrassonográficos. As chances de indicação de uma cesariana aumentam proporcionalmente à medida que a borda placentária está mais próxima do óstio cervical interno. A cerclagem do colo uterino é um procedimento utilizado na insuficiência cervical, que é associada ao parto prematuro, perda fetal, infecção intra amniótica, ruptura prematura de membranas e prolapso das membranas fetais na vagina. E a ruptura uterina é uma emergência médica que indica resolução imediata da gravidez, mas não houve nenhum relato no estudo.^{17,18}

A cesariana esteve associada a 3,5 vezes mais chance de não haver contato pele a pele com o bebê após o nascimento. Em nosso estudo, 288 (84%) das puérperas alegaram que o bebê foi colocado em contato direto com elas logo após o nascimento. Corroborando nossos achados, em relação a esta prática, o Ministério da Saúde

preconiza, no artigo 4º da Portaria de número 371/2014, que para recém-nascido a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se assegurar o contato pele a pele, proceder ao clampeamento tardio do cordão umbilical, estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida e postergar os procedimentos de rotina.¹⁹ O contato pele a pele ao nascer, associado a amamentação na primeira hora de vida, reduz a mortalidade neonatal, hipoglicemia neonatal, melhora a qualidade da microbiota intestinal, aumenta a duração da amamentação, também há a liberação de hormônios importantes para o estabelecimento da relação entre mãe e bebê, como a ocitocina.²⁰

Ter feto ou recém-nascido com diagnóstico de algum agravo ou má formação mostrou uma chance 10,1 maior de nascimento via cesariana. Os agravos referidos foram toxoplasmose, sífilis, lábio leporino, má formação óssea, pé torto, colpocefalia e problemas pulmonares. Os transtornos respiratórios foram descritos pelas puérperas de forma não detalhada e, desta forma, podem ser decorrentes do desfecho da via de parto e não uma condição pré-existente. O diagnóstico de algum agravo ainda na gestação pode representar um hesitação do profissional de saúde quanto ao estímulo de parto vaginal.

Ter 41 semanas ou mais de idade gestacional esteve relacionado a uma chance 3,8 vezes maior de cesariana. Apesar de considerar gestação prolongada somente a partir de 42 semanas, não é incomum a indicação de cesariana às gestações que ultrapassam 40 semanas, mesmo correspondendo a cerca de 10% de todas as gestações de risco habitual.²¹ A literatura sugere indução de trabalho de parto sistemática a partir de 41 semanas, apresentando melhor prognóstico perinatal. Mais além, os autores sugerem que as dificuldades de datar corretamente a gestação junto à interrupção sistemática de gestações pós termo, estão associadas ao aumento nas taxas de prematuros tardios.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se identificar como características dos partos atendidos em um hospital de referência de Chapecó, predominantemente, nascimentos via cesariana, com realização do pré-natal por todas as gestantes. O número de nascimentos via cesariana em Chapecó chama atenção, sobretudo, no setor privado, contrariando uma série de recomendações

nacionais e internacionais que incentivam o parto vaginal. Nesse sentido, é necessário repensar algumas práticas e priorizar a utilização de evidências científicas quanto a decisão pela via de parto e a assistência aos partos como um todo.

Algumas limitações deste estudo não permitiram avaliar amplamente algumas das variáveis, como a informação recebida pelas mulheres a respeito das vias de parto, e os agravos dos recém nascidos, que foram apenas relatados. No entanto, surgem como possibilidade de novos estudos a serem realizados.

A identificação das características associadas à via cesariana pode auxiliar numa intervenção direcionada para diminuir a ocorrência excessiva desta prática, quando não recomendada, permitindo a qualificação da atenção obstétrica no município e região. Mais além, a forma como ocorrem os nascimentos demonstra o modo de vida das pessoas e seus valores, dessa forma caracterizar os fatores aqui relatados é também uma forma de registrar a sociedade atual.

REFERÊNCIAS

- 1 Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 (1): S17-S32. Doi: 10.1590/0102-311X00151513
- 2 Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendação nº 179. Brasília, DF: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; 2016.
- 3 Entringer AP, Pinto M, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar. *Rev. Saúde Pública* 2018; 52: 91. Doi: 10.11606/s1518-8787.2018052000373
- 4 Rodrigues TMLC, Nunes AA. Indenizações em obstetrícia: estudo das decisões do superior tribunal de justiça do Brasil de 2004 a 2014. *R Dir Sanit* 2018; 16 (1): 141-143. Doi: 10.11606/issn.2316-9044.v19i1p121-143
- 5 Entringer AP, Gomes MASM, Costa ACC, et al. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42. Doi: 10.26633/RPSP.2018.116
- 6 Leal MC, et al. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz, 2014. <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Accessed February 7, 2018
- 7 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Caderno de Atenção Básica, n. 32. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012
- 8 WHO statement on caesarean section rates. Executive summary. 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/. Accessed July 12, 2018
- 9 Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Esc Enferm USP* 2016; 50(5):733-740. Doi: 10.1590/1806-93042017000300009
- 10 Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reproductive Health* 2016; 13(Suppl 3): 128. Doi: 10.1186/s12978-016-0228-7
- 11 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-S116. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X0010511>
- 12 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* 2018; 24 (5): 1051-1061. Doi: 10.1590/S0102-311X2008000500012
 - 13 Young CB, Liu S, Muraca GM, et.al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. *Canadian Medical Association Journal* 2018; 190 (18): 556-564. Doi: 10.1503/cmaj.170371
 - 14 Guise JM, Eden K, Emeis C, Marshal N, Fu RR, Janik R, Nygren P, Walker M, Mcdonagh M. Vaginal bith after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2010; 191: 1-397
 - 15 Oliveira Jep, Foss-Freitas Mc, Montenegro Rm, et al. *Diretrizes Sociedade Brasileira De Diabetes*. São Paulo: Clannad, 2017
 - 16 WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011
 - 17 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012
 - 18 Zugaib M, Francisco RPV. *Zugaib obstetrícia*. 3rd ed. Barueri, SP: Manole, 2016
 - 19 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria número 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 7 Maio 2014. Disponível em ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.maio.14/Iels85/U_PT-MS-SAS-371_070514.pdf. Acesso 22 Julho 2017
 - 20 Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (s2): 235-246. Doi: 10.1590/S0102-311X2008001400009
 - 21 Souza ASL, Amorin MMR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *FEMINA* 2010, 38 (10): 505-516