

MOTIVO DA REALIZAÇÃO DE CESÁREA SEGUNDO RELATO DAS MÃES E REGISTROS DE PRONTUÁRIOS EM MATERNIDADES DE BELO HORIZONTE

REASONS FOR PERFORMING A CESAREAN SECTION ACCORDING TO THE PUERPERAL WOMEN REPORTS AND THE REGISTRY OF MEDICAL RECORDS IN MATERNITY HOSPITALS IN BELO HORIZONTE

MOTIVOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PARTO POR CESÁREA SEGÚN LOS RELATOS DE LAS MADRES Y DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DE MATERNIDADES DE BELO HORIZONTE

Thamara Gabriela Fernandes Viana ¹
Eunice Francisca Martins ²
Ana Maria Magalhães Sousa ²
Kleyde Ventura de Souza ²
Edna Maria Rezende ²
Fernanda Penido Matozinhos ²

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem – EE. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, EE, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Thamara Gabriela Fernandes Viana. E-mail: thamara-gabriela1@hotmail.com
Submetido em: 01/03/2017 Aprovado em: 23/01/2018

RESUMO

A alta prevalência de cirurgia cesárea é um problema de saúde pública por associar-se ao aumento da morbimortalidade materna e neonatal, principalmente quando realizada sem justificativa clínica. O presente estudo objetivou avaliar o motivo da realização da cesárea segundo os relatos da puérpera e o registro das informações no prontuário. Trata-se de estudo de coorte de base hospitalar desenvolvido com dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento". Comparou-se o motivo de realização da cesárea segundo relato das mães e registros em prontuários em relação à intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto, trabalho de parto e forma de pagamento do parto. Do total de 1.088 puérperas avaliadas, 465 tiveram a cesárea como via de nascimento e foram incluídas neste estudo. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os motivos da realização da cesárea relatados pela puérpera e os registrados em prontuário, o que ressalta a necessidade de rever a formação profissional e o modelo de atenção, além da necessidade de qualificação do processo de trabalho e das práticas assistenciais e do fortalecimento da autonomia das mulheres para escolhas informadas.

Palavras-chave: Cesárea; Saúde Materna; Parto Obstétrico; Educação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

The high prevalence of cesarean section is a public health problem because it is associated with increased maternal and neonatal morbidity and mortality, especially when performed without clinical justification. The present study aimed to evaluate the reason for the cesarean section according to the reports of the puerperal woman and the recording of the information in the medical record. It is a hospital-based cohort study, developed with data from the research "Birth in Belo Horizonte study: survey on labor and birth". The reason for performing the cesarean section was reported according to the mothers' reports and records in medical records regarding the method of payment of labor, labor and clinical or obstetric complications during pregnancy or delivery. Of the total of 1,088 postpartum women evaluated, 465 underwent a cesarean delivery and were included in this study. A statistically significant difference was observed between the reasons for the cesarean section reported by the puerpera and those recorded in the chart, which points to the need of reviewing the professional training and the care model, besides the need to qualify the work process and the practices and empower women to make informed choices.

Keywords: Cesarean Section; Maternal Health; Delivery, Obstetric; Health Education; Nursing.

Como citar este artigo:

Viana TGF, Martins EF, Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Matozinhos FP. Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____];22:e-1073. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20180003

RESUMEN

La alta prevalencia del parto por cesárea es un problema de salud pública porque se la asocia al aumento de la mortalidad materna y neonatal, especialmente cuando se realiza sin justificación clínica. El objeto del presente estudio fue evaluar el motivo de realización de cesáreas según los relatos de las parturientas y la información que consta en los expedientes médicos. Se trata de un estudio de cohorte basado en el hospital y desarrollado con datos de la encuesta "Nacer en Belo Horizonte: encuesta sobre el parto y el nacimiento." Se compararon los motivos de la cesárea según los relatos de las madres y la información de los expedientes con las complicaciones clínicas u obstétricas durante el embarazo, el parto, el trabajo de parto y la forma de pago del parto. Del total de 1.088 madres evaluadas, 465 habían realizado el parto por cesárea y fueron incluidas en este estudio. Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los motivos relatados por las madres y aquéllos en los expedientes médicos, lo cual indica la necesidad de rever la formación profesional y el modelo de atención, además de la necesidad de perfeccionar el proceso laboral y las prácticas asistenciales y de fortalecer la autonomía de las mujeres para que tomen decisiones informadas.

Palabras clave: Cesárea; Salud Materna; Parto Obstétrico; Educación en Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Durante longo período, a cirurgia cesárea foi responsável pela diminuição da mortalidade fetal e materna e era realizada, em sua maioria, em casos de necessidade clínica. Todavia, a partir do século XX, com o avanço tecnológico, a cesárea tornou-se uma operação rotineira, alcançando níveis injustificáveis, com repercussões maternas e neonatais negativas.¹⁻⁴

A realização desnecessária desse procedimento acarreta aumento da morbimortalidade materna e neonatal e está associada a mais tempo de hospitalização, infecção puerperal, hemorragia materna, atraso no tempo de recuperação pós-parto, início tardio da amamentação, prematuridade e elevação de gastos para o sistema de saúde.^{1,5,6}

Mesmo diante dessas complicações, a cirurgia cesárea continua sendo indicada e realizada sem obedecer às indicações preconizadas pelos órgãos oficiais. Assim, as informações transmitidas pelos profissionais de saúde às mulheres, principalmente para as primigestas, podem influenciar a escolha da via de nascimento⁶ e, nesse contexto, o fortalecimento da autonomia das mulheres, com informações qualificadas, em momentos como os das consultas preconcepcional e pré-natal, é um dos determinantes. Segundo Vogt⁷, as mulheres com maior número de consultas de pré-natal realizadas no serviço privado tiveram chances aumentadas de realizarem cirurgia cesárea, enquanto que, para as que receberam assistência pré-natal prestada predominantemente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), houve menos frequência desse procedimento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a proporção global de cirurgia cesárea é de 10 a 15%.⁸ No Brasil, essa proporção chega a 80% no setor suplementar e cerca de 30% no setor público. Entre as macrorregiões brasileiras, a região Sudeste apresenta a maior prevalência (51,7%) desse procedimento.⁶ Na cidade de Belo Horizonte, de acordo com dados da Comissão Perinatal da Secretária Municipal de Saúde (2015), a prevalência é de 69,5% nas instituições privadas e 28,0% nas públicas. Isso indica que esse procedimento tem sido realizado indiscriminadamente e em muitos casos sem indicação adequada, desviando-

-se do objetivo inicial, que é o de reduzir o risco de complicações maternas e fetais durante o trabalho de parto e parto.^{1,5,6}

As indicações para a cirurgia cesariana podem ser absolutas ou relativas. São consideradas indicações absolutas aquelas em que a realização da cesárea é a opção mais segura para mãe e filho. E as principais indicações relativas são distócia ou falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal nas variedades de posição posteriores e transversas persistentes, apresentação pélvica, de face e córmica, cesárea anterior, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, presença de mecônio e centralização fetal.⁹

Como agravante desse cenário, existe ainda uma cultura que mitifica o processo de parto e nascimento. Muitas mulheres optam pela via cirúrgica como forma de nascimento por acreditarem que o parto vaginal não é seguro e supervalorizam o uso das tecnologias, como a cirurgia cesariana: "mais limpa, rápida e segura". Aspectos como o medo da dor e o receio de mudança na anatomia da genitália geram apreensão nas parturientes, que ouvem, muitas vezes, relatos de experiências negativas de mulheres que sofreram intervenções prejudiciais durante o parto vaginal, além da crença de que a cesárea gera menos riscos ao feto.^{10,11}

Assim, o modelo assistencial ainda vigente, a prática assistencial e o papel das mulheres e de suas famílias no processo de parto e nascimento são relevantes para o empoderamento das gestantes no sentido de que possam escolher, de fato, a via de parto de sua preferência. Nesse contexto, os enfermeiros assumem papel relevante: evidências mostram que modelos de assistência envolvendo esses profissionais associam-se a baixas taxas de intervenções e a mais satisfação das mulheres.^{7,12} Além disso, o profissional enfermeiro é considerado o profissional adequado para prestar assistência às mulheres com gestação de risco habitual, pois, além do conhecimento técnico-científico, possui uma visão humanizada do ciclo gravídico-puerperal.^{7,13}

Além das consultas, outras ações individuais ou coletivas para fortalecimento da autonomia das mulheres e seu empoderamento contribuem para a inserção das mulheres na esco-

lha livre e informada dos elementos do parto e da via de nascimento, o que poderá repercutir na redução das cesáreas.¹⁴ No campo assistencial podem ser citadas, além dos grupos de gestantes, realizadas pelo enfermeiro e em conjunto com outros profissionais da equipe multidisciplinar, outras ações promotoras da autonomia das mulheres como rodas de gestantes, considerando a potencialidade das redes e de movimentos sociais como possíveis facilitadores.¹⁵

Apesar de fundamental a participação das mulheres na discussão da via de nascimento, pesquisas revelam que as parturientes, geralmente, não participam ativamente dessa decisão.^{6,16,17} Ademais, a via de parto pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, étnicos, demográficos, forma de pagamento do parto e pelo tipo de financiamento do subsistema de saúde – privado ou público.^{1,5,6,18}

Portanto, é necessário compreender se as mulheres submetidas à cesárea têm informação do motivo da realização da mesma e, ainda, se as justificativas dos profissionais que a realizaram são concordantes com a informação dada às mulheres, bem como se obedecem aos critérios obstétricos preconizados para a prática desse procedimento. Identificar essas questões possibilitará, indubitavelmente, o desenvolvimento de estratégias efetivas para a redução das cesáreas desnecessárias. Diante disso, o presente estudo objetivou avaliar o motivo da realização da cesárea de acordo com os relatos das puérperas e os registros dos profissionais de saúde nos prontuários, verificando, ainda, se havia diferenças segundo intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto, trabalho de parto e forma de pagamento do parto.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de coorte de base hospitalar desenvolvido com dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento”, realizado em 11 maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais, sendo sete com atendimento público e quatro com atendimento privado.

As informações foram provenientes de entrevistas executadas por enfermeiros treinados, realizadas com as puérperas face a face, pelo menos seis horas após o parto, no período de novembro de 2011 a março de 2013. Também foram utilizados dados dos prontuários maternos.¹⁹ Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em outra publicação.

Foram consideradas elegíveis todas as puérperas com parto hospitalar com gestação única, que tiveram como produtos da concepção recém-nascidos (RN) com 22 semanas gestacionais ou mais, RNs vivos e com mais de 500 gramas de peso ao nascer. Assim, realizou-se análise selecionando-se a subpopulação de interesse.

Ademais, neste estudo foram incluídas as puérperas que tiveram a cesárea como via de nascimento, totalizando 465

mulheres. A amostra final foi avaliada e não houve diferenças significativas da amostra inicial. As variáveis incluídas desta pesquisa referem-se às características sociodemográficas, econômica e antecedentes obstétricos, clínicos, da gestação, do parto e assistenciais e aos motivos da realização da cesárea segundo relato da puérpera e dados do prontuário.

O motivo da cesárea foi analisado segundo trabalho de parto (presença ou ausência), a forma de pagamento do parto (público ou privado) e intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou trabalho de parto e que poderiam estar associadas à indicação de cesariana. Considerou-se intercorrência se houve pelo menos uma das seguintes condições: doenças clínicas preexistentes, síndromes hipertensivas, diabetes, diabetes gestacional, infecção pelo HIV, crescimento intrauterino restrito (CIUR), oligodramnia, polidramnia, isoimunização, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, trabalho de parto prematuro, malformação congênita grave, duas ou mais cesáreas anteriores, falha de indução do parto e complicações na evolução do trabalho de parto, além de incompetência ístmocervical (IIC), amniorrexe prematura, eclampsias, cirurgias uterinas anteriores (miomectomia, microcesárea ou outras cirurgias do corpo) e outros.¹⁸

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Software Statistical Software*, versão 14.0 (Stata Corp., Texas, USA). A análise dos dados foi realizada descrevendo-se e comparando-se o relato das mães e os registros das informações dos profissionais de saúde, no prontuário, quanto ao motivo da realização da cesariana, verificando-se diferenças segundo forma de pagamento do parto, trabalho de parto e intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto.

A diferença entre as frequências foi testada por meio do qui-quadrado de Pearson ou do teste exato de Fisher e, nas variáveis que tiveram diferença estatística, realizaram-se análise de resíduos ajustados. As frequências, as proporções e os ICs95% das proporções foram calculados para as variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas a mediana e o intervalo interquartil (IQ), devido à assimetria das variáveis. O nível de significância de 0,05 foi adotado em todos os procedimentos analíticos. Os resultados foram descritos e apresentados por meio de tabelas e figuras. Ressalta-se que os totais dos números de mulheres podem variar, devido à ausência de alguns dados, para as variáveis estudadas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Protocolo CAAE-0246.0.203.000-11 e pelos comitês de ética das maternidades envolvidas.

RESULTADOS

Do total de 1.088 puérperas entrevistadas, 465 (42,7%) foram submetidas à cesárea e foram consideradas elegíveis para

participar deste estudo. Em relação às características sociodemográficas e econômicas (Tabela 1), apurou-se que 73,12% das mulheres apresentavam idade entre 20 e 34 anos (mediana de 31 anos), com predomínio da cor de pele parda, morena ou mulata (57,42%) e do ensino médio completo (50,75%). Aproximadamente 57,42% das puérperas eram casadas ou em união estável e 61,72% possuíam trabalho remunerado. Metade das mulheres teve pelo menos um parto anterior, com predomínio de puérperas que referiram ter tido cesáreas prévias (84%).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas, econômica e antecedentes obstétricos, clínicos da gestação e do parto. Belo Horizonte, 2011-2013

Características maternas	n (%)	IC 95%	Mediana (IQ)
Idade (Anos)			
<20	20 (4,30)	02,45-06,15	31 (25-34)
20-34	340 (73,12)	69,07-77,16	
35 ou mais	105 (22,58)	18,76-26,39	
Cor da pele			
Branca	150 (32,26)	27,99-36,52	
Preta	36 (7,74)	05,30-10,18	
Parda/morena/mulata	267 (57,42)	52,90-61,93	
Amarela/oriental/indígena	12 (2,58)	01,13-04,02	
Escolaridade			
Ensino superior	128 (27,53)	23,45-31,60	
Ensino médio	236 (50,75)	46,16-55,31	
Ensino fundamental	101 (21,72)	17,95-25,48	
Situação conjugal			
Casada/união estável	375 (80,65)	77,04-84,24	
Solteira	80 (17,20)	13,76-20,64	
Separada/viúva	10 (2,15)	00,82-03,47	
Local de realização do pré-natal			
Público	179 (38,74)	34,28-43,20	
Privado	257 (55,63)	51,08-60,17	
Misto	26 (5,63)	03,51-07,73	
Número de consultas pré-natal			
≥ 6	358 (93,47)	90,08-95,95	
<6	25 (6,53)	04,04-09,01	
Idade gestacional (semanas)			
37-41	107 (82,31)	75,66-88,95	39 (38-40)
≥42	3 (2,31)	00,30-04,92	
<37	20 (15,38)	09,09-21,66	
Paridade			
Nulíparas	35 (14,00)	09,66-18,33	
1 parto anterior	125 (50,00)	43,75-56,24	
2 partos anteriores	55 (22,00)	16,82-27,17	
3 ou mais partos anteriores	35 (14,00)	09,66-18,33	

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas, econômica e antecedentes obstétricos, clínicos da gestação e do parto. Belo Horizonte, 2011-2013

Características maternas	n (%)	IC 95%	Mediana (IQ)
Iteratividade			
Nenhuma ou 1 cesariana prévia	156 (73,24)	67,24-79,23	
≥ 2 cesarianas prévias	57 (26,76)	20,76-32,75	
Fonte de pagamento do parto			
Pública ou mista	208 (44,73)	40,19-49,26	
Privada	257 (55,27)	50,73-59,80	
Momento em que foi decidido que a via de parto seria cesariana			
Durante o parto	48 (10,39)	07,59-13,18	
Pré-parto	115 (24,89)	20,93-28,84	
Admissão	68 (14,72)	11,47-17,96	
Pré-natal	231 (50,00)	45,42-54,57	
Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação ou no parto			
Não	243 (52,26)	47,70-56,81	
Sim	222 (47,74)	43,18-52,29	
Trabalho de parto			
Sim	117 (25,27)	21,29-29,24	
Não	346 (74,73)	70,75-78,70	

Fonte: elaborada para fins deste estudo.

Quanto ao pré-natal, a quase totalidade (99,35%) das puérperas relatou ter tido assistência, com a realização de seis ou mais consultas (93,47%). Mais de 55% das consultas pré-natais e também dos partos foram realizados e pagos pelo sistema privado.

Aproximadamente 47% das mulheres apresentaram intercorrências clínicas ou obstétricas durante a gestação ou parto e, em 50% dos casos, foi decidido que o parto seria por via cesárea ainda no pré-natal.

Quase 75% das puérperas não entraram em trabalho de parto. Em relação à idade gestacional, houve mais frequência (82,31%) de mulheres com parto entre 37 e 41 semanas de gestação (com mediana de 39 semanas).

Os principais motivos da realização da cesárea informados pelas puérperas foram: "o bebê era grande / não tinha passagem" (28,24%) e "pressão alta" (9,17%). As puérperas ainda citaram: "já tinha uma cesárea anterior" (8,27%), "o bebê estava sentado" (4,49%), "pouco líquido amniótico" (4,31%), "já tinha duas ou mais cesáreas prévias" (3,95%), "queria fazer ligadura tubária" (3,23%), "o bebê entrou em sofrimento" (3,05%), "queria fazer cesárea" (2,33%) e "passou do tempo" (2,15%). As razões mais recorrentes para indicações de cesárea registrados nos prontuários das puérperas foram, por sua vez: ocorrência de cesariana anterior (40,46%), desproporção cefalopélvica (13,74%), pré-eclampsia (10,31%), sofrimento fetal (5,73%), parada de progressão (5,34%), apresentação pélvica (4,58%), falha de indução (4,20%) e amniorrexe prematura (3,82%) (dados não mostrados nas tabelas).

De acordo com as tabelas 2a/b-4a/b, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os motivos da realização da cesariana de acordo com os relatos da puérpera e os registros dos profissionais de saúde nos prontuários segundo a forma de pagamento do parto ($p < 0,016$ e $p < 0,001$, respectivamente), trabalho de parto ($p < 0,001$, em ambos) e pelo menos uma intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto ($p < 0,001$, em ambas).

Tabela 2a - Motivos mais frequentes da realização da cesariana segundo relato da puérpera de acordo com a forma de pagamento. Belo Horizonte, 2011-2013

Motivo da cesariana	Forma de pagamento		Valor de p
	Público n (%)	Privado n (%)	
Feto grande/não tinha passagem***	64 (40,76)	93 (59,24)	<0,001*
Hipertensão	24 (47,06)	27 (52,94)	
Cesárea prévia	23 (50,00)	23 (50,00)	
Feto estava sentado***	18 (72,00)	7 (28,00)	
Duas ou mais cesáreas anteriores	16 (72,73)	6 (27,27)	
Feto entrou em sofrimento***	14 (82,35)	3 (17,65)**	
Querida fazer ligadura tubária	11 (61,11)	7 (38,89)	
Pouco líquido amniótico	11 (45,83)	13 (54,17)	
Passou do tempo	6 (50,00)	6 (50,00)	
Querida fazer cesárea	4 (30,77)**	9 (69,23)	

Fonte: elaborada para fins deste estudo.

Notas: *qui-quadrado de Pearson, **teste exato de Fisher, ***análise de resíduos ajustados; p-valor em negrito $\leq 0,05$ ($p=0,023$; $0,044$ e $0,025$, respectivamente).

Tabela 2b - Motivo da realização da cesariana segundo dados do prontuário de acordo com a forma de pagamento. Belo Horizonte, 2011-2013

Motivo da cesariana	Forma de pagamento		Valor de p
	Público n (%)	Privado n (%)	
Cesárea anterior***	69 (65,09)	37 (34,91)	0,016*
Desproporção cefalopélvica	18 (50,00)	18 (50,00)	
Hipertensão arterial (pré-eclampsia)	15 (55,56)	12 (44,44)	
Parada de progressão	14 (100,0)	0 (0,00)**	
Sofrimento fetal***	13 (86,67)	2 (13,33)**	
Apresentação pélvica	9 (75,00)	3 (25,00)**	
Falha de indução	6 (54,55)	5 (45,45)	
Amniorrexe prematura	5 (50,00)	5 (50,00)	
Outros**	16 (51,61)	15 (48,39)	

Fonte: elaborada para fins deste estudo.

Notas: *qui-quadrado de Pearson, **teste exato de Fisher, ***análise de resíduos ajustados; p-valor em negrito $\leq 0,05$ ($p=0,003$ e $0,022$, respectivamente).

**Inclui descolamento prematuro de placenta, síndrome HELLP, oligodramnia, pós-maturidade, malformação, placenta prévia, infecção por HIV, apresentação cômica e eclampsia.

Tabela 3a - Motivos mais frequentes da realização da cesariana segundo relato da mãe considerando a ocorrência de trabalho de parto. Belo Horizonte, 2011-2013

Motivo da cesariana	Trabalho de parto		Valor de p
	Sim n (%)	Não/ Eletiva n (%)	
Feto grande / não tinha passagem***	53 (33,75)	104 (66,24)	<0,001*
Hipertensão***	5 (9,80)	46 (90,19)	
Cesárea prévia***	5 (10,86)	41 (89,13)	
Feto estava sentado***	5 (20,83)	19 (79,16)	
Duas ou mais cesáreas anteriores***	2 (9,09)**	20 (90,90)	
Feto entrou em sofrimento	11 (64,70)	6 (35,29)	
Querida fazer ligadura tubária***	2 (11,11)**	16 (88,88)	
Pouco líquido amniótico***	3 (12,50)**	21 (87,50)	
Passou do tempo	0 (0,00)**	12 (100,00)	
Querida fazer cesárea	1 (7,69)**	12 (92,30)	

Fonte: elaborada para fins deste estudo.

Notas: *qui-quadrado de Pearson, **teste exato de Fisher, ***análise de resíduos ajustados; p-valor em negrito $\leq 0,05$ ($p < 0,001$; $< 0,001$; $< 0,001$; $0,014$; $0,003$; $0,009$ e $0,003$, respectivamente).

Tabela 3b - Motivo da realização da cesariana segundo dados do prontuário considerando a ocorrência de trabalho de parto. Belo Horizonte, 2011-2013

Motivo da cesariana	Trabalho de parto		Valor de p
	Sim n (%)	Não/ Eletiva n (%)	
Cesárea anterior***	10 (9,43)	96 (90,57)	<0,001*
Desproporção cefalopélvica	21 (58,33)	15 (41,67)	
Hipertensão arterial (pré-eclampsia)***	2 (7,69)**	24 (92,31)	
Sofrimento fetal***	13 (86,67)	2 (13,33)**	
Parada de progressão	10 (71,43)	4 (28,57)**	
Apresentação pélvica	3 (27,27)**	8 (72,73)	
Falha de indução	6 (54,55)	5 (45,45)	
Amniorrexe prematura	2 (20,00)**	8 (80,00)	
Outros***	3 (9,68)**	28 (90,32)	

Fonte: elaborada para fins deste estudo.

Notas: *qui-quadrado de Pearson, **teste exato de Fisher, ***análise de resíduos ajustados; p-valor em negrito $\leq 0,05$ ($p < 0,001$; $0,0001$; $0,022$ e $< 0,001$, respectivamente).

Outros: inclui descolamento prematuro de placenta, síndrome HELLP, oligodramnia, pós-maturidade, malformação, placenta prévia, infecção por HIV, apresentação cômica e eclampsia.

Tabela 4a - Motivos mais frequentes da realização da cesariana segundo relato da mãe considerando-se intercorrências na gestação ou no parto. Belo Horizonte, 2011-2013

Motivo da cesariana	Intercorrências		Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)	
Feto grande / não tinha passagem**	100 (63,69)	57 (36,30)	<0,001*
Hipertensão**	14 (27,45)	37 (72,54)	
Cesárea prévia	26 (56,52)	20 (43,47)	
Feto estava sentado	16 (64,00)	9 (36,00)	
Duas ou mais cesáreas anteriores	22 (50,00)	22 (50,00)	

Continua...

... continuação

Tabela 4a - Motivos mais frequentes da realização da cesariana segundo relato da mãe considerando-se intercorrências na gestação ou no parto. Belo Horizonte, 2011-2013

Motivo da cesariana	Intercorrências		Valor de p
	Não n (%)	Sím n (%)	
Feto entrou em sofrimento	6 (35,29)	11 (64,70)	<0,001*
Queria fazer ligadura tubária	5 (27,77)	13 (72,22)	
Pouco líquido amniótico**	6 (25,00)	18 (75,00)	
Passou do tempo	7 (58,33)	5 (41,66)	
Queria fazer cesárea	7 (53,84)	6 (46,15)	

Fonte: elaborada para fins deste estudo.

Notas: *qui-quadrado de Pearson, **análise de resíduos ajustados; p-valor em negrito ≤0,05 (p=0,001; 0,003 e 0,028, respectivamente).

Tabela 4b - Motivo da realização da cesariana segundo dados do prontuário considerando intercorrências na gestação ou no parto. Belo Horizonte, 2011-2013

Motivo da cesariana	Intercorrências		Valor de p
	Não n (%)	Sím n (%)	
Cesárea anterior***	36 (33,96)	70 (66,04)	<0,001*
Desproporção cefalopélvica***	25 (69,44)	11 (30,56)	
Hipertensão arterial (pré-eclampsia)	1 (3,70)**	26 (96,30)	
Sofrimento fetal***	2 (13,33)**	13 (86,67)	
Parada de progressão	5 (35,71)	9 (64,29)	
Apresentação pélvica	8 (66,67)	4 (33,33)**	
Falha de indução	5 (45,45)	6 (54,55)	
Amniorrexe prematura	2 (20,00)**	8 (80,00)	
Outros***	6 (19,35)	25 (80,65)	

Fonte: elaborada para fins deste estudo.

Notas: *qui-quadrado de Pearson, **teste exato de Fisher, ***análise de resíduos ajustados; p-valor em negrito ≤0,05 (p<0,001; 0,0001; 0,022 e <0,001, respectivamente). Outros: inclui descolamento prematuro de placenta, síndrome HELLP, oligodramnia, pós-maturidade, malformação, placenta prévia, infecção por HIV, apresentação cônica e eclampsia.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram diferença significativa entre os motivos da realização da cesariana de acordo com os relatos da puérpera e as informações registradas pelos profissionais de saúde nos prontuários, segundo a forma de pagamento do parto, ocorrência de trabalho de parto e presença de pelo menos uma intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou trabalho de parto.

As características sociodemográficas das mulheres submetidas à cesariana, neste estudo, evidenciaram predominantemente parturientes com melhor nível de escolaridade e trabalho remunerado. Pesquisa realizada em Florianópolis, no ano de 2015, revelou uma relação entre melhor condição socioeconômica e preferência por cesárea,²⁰ todavia, em seu trabalho, Domingues *et al.*¹⁸ acusaram preferência inicial das parturientes, independentemente do nível socioeconômico, por parto

vaginal, com maior proporção de mulheres com preferência inicial por cesárea na fonte de pagamento privado.

O relato de realização do pré-natal de quase 100% das parturientes, com número desejável de consultas, mostra a universalidade e a facilidade de acesso a esse direito, que garante segurança durante a gestação para a mãe e para o feto. Contudo, é importante salientar que não basta apenas o número suficiente de consultas; é necessário garantir a qualidade do pré-natal, pois constitui o principal momento de informação das mulheres sobre a gestação e os elementos clínicos, socioculturais, emocionais, individuais, entre outros, que podem influenciar a escolha das mulheres em torno da via de nascimento.

Os serviços de pré-natal segundo a fonte de pagamento, público ou privado, é considerado, por muitos autores, como fator de risco para cesáreas eletivas.^{18,21,22} Em concordância com esses autores, o presente estudo revelou que mais da metade das mulheres que foram submetidas à cirurgia cesariana realizou o pré-natal no setor privado. Assim como o pré-natal, as cirurgias cesáreas realizadas também tiveram fonte de pagamento privado. Muitos trabalhos relacionam o aumento da prevalência de cesariana ao serviço particular e, também, à fonte de pagamento privado do parto.^{6,18,21,22} Domingues *et al.*¹⁸ destacam, como fator associado a esse cenário, a possibilidade de agendamento da cesariana conforme a conveniência do obstetra ou da mulher no setor suplementar de saúde.

Chama a atenção, neste estudo, o fato de elevado percentual das cesarianas ter sido definido no pré-natal, mesmo que a maioria das parturientes não tenha apresentado intercorrências clínicas ou obstétricas durante a gestação que poderiam estar associadas à indicação dessa cirurgia. Conforme exposto por Copelli *et al.*²⁰ e de acordo com critérios científicos, a definição da cirurgia cesariana como via de nascimento no pré-natal não se configura como justificativa e associam essa decisão ao modelo de assistência tecnocrático, biologicista e centrado na figura do médico.

É possível relacionar questões de custo-benefício, além da conveniência, com o momento de decisão da cesárea no pré-natal - uma vez que no parto normal há imprevisibilidade quanto ao dia e ao tempo de duração. Copelli *et al.*²⁰ ratificam que a banalização das cesáreas está relacionada, além dos interesses econômicos, a aspectos como a responsabilização do parto ao médico.

Na maior parte das mulheres deste trabalho, o parto ocorreu entre 37 e 41 semanas de gestação, sendo que quase 75% delas não entraram em trabalho de parto. Domingues *et al.*¹⁸ também obtiveram elevado percentual de cesariana sem trabalho de parto. Tal situação gera riscos perinatais, uma vez que o trabalho de parto indica o momento adequado do nascimento e que o feto está, na maioria das vezes, "pronto".²¹

Quanto aos motivos da realização da cesárea descritos em prontuário e, em concordância com estudos nacionais e internacionais,^{5,23,24} observou-se, nesta pesquisa, que cirurgia cesárea pré-

via foi a causa mais descrita em prontuário para a realização do parto por via cesárea. Estudo realizado no estado São Paulo, no ano de 2012, com o objetivo de identificar a frequência e os efeitos da cesárea prévia no parto atual, apurou que, dos partos por via cesárea, mais de 40% foram por repetição desse procedimento.²³

Os impactos da cirurgia cesárea de repetição são negativos para a saúde materna, pois se associam a elevado risco de morbidade.²³ Brunacio²³ identifica a cesárea prévia como um preditor importante para a realização de nova cesárea, conforme constatado na presente pesquisa. Ressalta-se, com esses achados, a importância de evitar cesárea em primíparas devido ao seu impacto persistente no desfecho da via de parto no Brasil. Destaca-se que evidências científicas mostram que uma cesárea anterior não justifica, por si só, a indicação de outra na gestação subsequente.

Além da cirurgia cesárea prévia, a desproporção cefalopélvica, pré-eclampsia, sofrimento fetal, parada de progressão, apresentação pélvica, falha de indução e amniorrexe prematura foram citados nos prontuários como motivos da realização das cesáreas. Todavia, entre os motivos relatados pelas parturientes para a realização da cesariana, os que apresentaram maior proporção não coincidem com os do prontuário: “o bebê era grande / não tinha passagem” e “pressão alta”.

Por fim, deve-se ressaltar como limitação neste trabalho o fato de as entrevistas terem sido realizadas após o parto, o que pode ter alterado o relato de algumas mulheres, devido às questões emocionais que envolvem esse momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo revelam que as mulheres nem sempre são inseridas nas discussões relacionadas à gestação e ao parto ou, ainda, não são informadas de forma clara sobre as indicações reais da cesariana. Diante disso, ressalta-se a necessidade de mudança do modelo de assistência atual para um modelo mais humanizado, colaborativo, em que haja a atuação conjunta dos profissionais, o que indubitavelmente associa-se a reduzidas taxas de intervenção e mais satisfação das mulheres.

Reitera-se a importância da utilização de protocolos nacionais que recomendam fornecer às gestantes informações baseadas em evidências sobre o parto e forma de nascimento, bem como incluí-las no processo de decisão. Ainda, é essencial a continuidade de desenvolvimento de políticas públicas e ações multissetoriais que incentivem o parto normal e outras voltadas para a minimização do conjunto de determinantes que influenciam a banalização da realização de cirurgias cesarianas no Brasil.

Finalmente, ressalta-se que as informações oferecidas às gestantes e às parturientes e suas famílias, assim como a atuação da equipe multiprofissional e o modelo de assistência obstétrica, podem implicar diretamente a tomada de decisão e a escolha da via de nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Pádua KS, Osis MJB, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes OBF. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010[citado em 2016 jul. 02];44(1):70-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000100008&script=sci_abstract&tlang=pt.
2. Costa ALRR, Araujo EJr, Lima JWO, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014[citado em 2016 jul. 02];36(1):29-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00029.pdf>.
3. Cavalcante MS, Guanabara EM, Nadai CP. Complicações maternas associadas à via de parto em gestantes cardiopatas em um hospital terciário de Fortaleza, CE. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012[citado em 2016 jul. 08];34(3):113-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n3/a04v34n3.pdf>.
4. Rezende JM. A primeira operação cesariana em parturiente viva. In: Rezende JM. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Unifesp; 2009. pp.171-2.
5. Mandarin RN, Chein MBC, Monteiro FC Jr, 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 Luís, Maranhão, Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública*. 2009[citado em 2016 jul. 02];25(7):1587-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700017.
6. Meller FO, Schäfer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciênc Saúde Colet*. 2011[citado em 2016 jul. 02];16(9):3829-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000018.
7. Vogt SE. Resultados maternos e neonatais de primíparas: comparação do modelo de assistência obstétrica colaborativo e tradicional de maternidades do SUS em Belo Horizonte [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2014.
8. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS; 2015.
9. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Rev Femina*. 2010[citado em 2016 ago. 10];38(8):416-22. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_1.pdf.
10. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*. 2012[citado em 2016 jul. 02];65(2):257-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200009.
11. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enferm*. 2010[citado em 2016 jul. 02];19(4):719-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/15.pdf>.
12. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014[citado em 2016 jul. 02];(2):CD003766. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263>.
13. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013[citado em 2016 jul. 02];18(4):1059-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>.
14. Velho MB, Oliveira ME, Santos EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev Bras Enferm*. 2010[citado em 2016 jul. 02];63(4):652-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf>.
15. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013[citado em 2016 jul. 02];18(8):2395-400. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/46310/Reflex%C3%B5es%20sobre%20o%20excesso%20de%20cesarianas%20no%20Brasil%20e%20a%20autonomia%20das%20mulheres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

16. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc.* 2011[citado em 2016 set. 12];20(3):579-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/05.pdf>.
17. Tedesco RP, Maia NLF, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da Via de Parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004[citado em 2016 jul. 02];26(10):791-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006.
18. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, 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[citado em 2016 jul. 02];30(Suppl):S101-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017.
19. Vasconcellos LTM, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza PRB Jr, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. *Cad Saúde Pública.* 2014[citado em 2016 jul. 02];30(Suppl):S49-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300013.
20. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2015[citado em 2016 jul. 02];24(2):336-43. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf.
21. Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol.* 2016[citado em 2016 jul. 02];19(1):75-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000100075&script=sci_abstract&tlng=pt.
22. Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Amim J Jr, Braga A, et al. Cesariana a pedido materno. *Rev Col Bras Cir.* 2016[citado em 2016 jul. 02];43(4):301-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt_0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf.
23. Brunancio KH. Perfil das mães com história de repetição de cesárea no estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
24. Wang CPY, Tan WC, Kanagalingam D, Tan HK. Why we do caesars: a comparison of the trends in caesarean section delivery over a decade. *Ann Acad Med Singarope.* 2013[citado em 2016 jul. 02];42(8):408-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24045377>.