



Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde

Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems

Factores asociados con el parto cesárea en el sistema público y privado de atención sanitaria

Rosana Rosseto de Oliveira¹, Emiliana Cristina Melo², Elisiane Soares Novaes¹, Patrícia Louise Rodrigues Varela Ferracioli¹, Thais Aidar de Freitas Mathias³

Como citar este artigo:

Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):733-740. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>

¹ Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maringá, PR, Brasil.

² Universidade Estadual do Norte do Paraná, Campus Luiz Meneghel, Bandeirantes, PR, Brasil.

³ Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, PR, Brasil

ABSTRACT

Objective: Identifying factors associated to Caesarean sections among the residents of Maringá-PR, according to the financing source for delivery. **Methods:** A cross-sectional study with data from 920 postpartum women interviewed between October 2013 and February 2014. Association analysis was performed by logistic regression. **Results:** Caesarean section rates were 55.5% in the Unified Healthcare System (SUS) and 93.8% in the private system. Factors associated with Caesarean section in the SUS were: previous Caesarean section (OR=8.9; CI=4.6-16.9), desire for Caesarean section early in pregnancy (OR=2.0; CI=1.1-3.6), pregestational overweight/obesity (OR=1.8; CI=1.1-2.8), and per capita family income higher than one minimum wage (OR=2.1; CI=1.3-3.4). In the private system, desire for Caesarean section early in pregnancy (OR=25.3) and a previous Caesarean section (OR=11.3) were strongly associated to its performance. **Conclusion:** It is necessary to properly orientate all pregnant women who desire a Caesarean delivery, from both the SUS and the private system, about the inherent risks of the surgical procedure without indication. In the public health sector, guidelines should be focused on pregnant women with previous Caesarean delivery, with a per capita income higher than one minimum wage and those who are overweight or obese, as these women are more likely to have a Caesarean section.

DESCRIPTORS

Cesarean Section; Risk Factors; Maternal and Child Health; Maternal-Child Nursing; Healthcare Financing.

Autor correspondente:

Elisiane Soares Novaes
Universidade Estadual de Maringá
Av. Colombo, 5.790 – Bloco 002, sala 001
Campus Universitário.
CEP 87020-900 – Maringá, PR, Brasil
elisianenovaes@hotmail.com

Recebido: 09/12/2015
Aprovado: 30/07/2016

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), não há motivos que justifiquem proporções de partos cesáreas superiores a 15%⁽¹⁾. No entanto, a cesariana tem apresentado tendência mundial de aumento, ocasionando elevação nos custos dos serviços de saúde e nos riscos de morbimortalidade materna e perinatal, sem causar impacto na redução das taxas de perimortalidade⁽²⁾.

Há diferença nas taxas de parto cesárea entre os diversos países, relacionadas às condições socioeconômicas. As taxas são maiores em regiões mais desenvolvidas (27,2%), em contraste com as observadas em regiões extremamente subdesenvolvidas (6,0%)⁽²⁾. Estudos ecológicos apontam que as taxas também diferem entre regiões de um mesmo país, como o Brasil, que é considerado um dos países com maior ocorrência de cesarianas do mundo e com tendência de aumento⁽³⁻⁴⁾. A diferença encontrada é por determinantes múltiplos e complexos, tais como as características obstétricas das mulheres, os recursos tecnológicos e humanos disponíveis, e, sobretudo, protocolos clínicos de conduta utilizados em cada localidade⁽⁵⁾. Considerando-se dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2013, as regiões Norte e Nordeste apresentavam taxas de 44,5% e 48,4%, respectivamente, já nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, as taxas de partos cesáreas estavam em 61,4%, 60,6% e 61,7%, respectivamente⁽⁶⁾.

Para o estado do Paraná, as taxas são ainda mais elevadas. Em 2013, 63,5% dos partos foram cesáreas, e Maringá, município de médio porte do Estado do Paraná, registrou a alarmante taxa de 79,8% no mesmo período⁽⁶⁾. Em 2012, 56,6% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) em Maringá, foram cesáreas e no sistema privado a taxa de partos cesáreas foi de 97,7%⁽⁷⁾, o que evidencia a discrepância entre o proposto pela OMS e o panorama atual dos partos cirúrgicos neste município, e a diferença entre os modelos assistenciais que atendem.

As altas taxas de parto cirúrgico são questionadas e criticadas pela comunidade acadêmica no campo da obstetrícia por sua associação a eventos indesejáveis para a mãe e filho, como o nascimento de neonatos prematuros, de baixo peso, com transtornos respiratórios e neurológicos e ainda pela alta incidência de infecções maternas puerperais⁽⁸⁻⁹⁾.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi identificar fatores associados à cesárea entre residentes do município de Maringá-PR, segundo fonte de financiamento do parto. Os resultados podem contribuir para melhorar a compreensão deste evento e desencadear ações que visem à redução de sua ocorrência no município de Maringá, Paraná, Brasil, e em outros municípios e regiões com características semelhantes.

MÉTODO

Estudo observacional, transversal e analítico, a partir dos dados de pesquisa que estuda o nascimento pré-termo e fatores associados no município de Maringá-PR. Os dados são de puérperas residentes no mesmo município, cujo conceito foi nascido vivo. Maringá tem cerca de 400 mil habitantes (98,2% residindo em área urbana) e Índice de

Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,84⁽¹⁰⁾. No ano de 2013 foram 4.925 nascidos vivos de mães residentes no município⁽⁶⁾. A amostra para este estudo representa 18,7% desses nascimentos.

A amostra de 920 partos com conceitos nascidos vivos foi calculada pelos seguintes parâmetros: percentual de 78% de partos cesáreas de mães residentes no município, no ano de 2012⁽⁶⁾, intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 2,5%, adicionados 10% para possíveis perdas. A amostra foi estratificada proporcionalmente entre cinco hospitais do município, dois que atendem pelo SUS e três pelo sistema privado.

A principal fonte de dados foi a entrevista com a puérpera hospitalizada por ocasião do parto, complementada pela auditoria do prontuário hospitalar materno e cartão da gestante. Foi utilizado questionário estruturado, confeccionado em formato eletrônico no aplicativo Google Docs e testado previamente pelos pesquisadores. A coleta de dados ocorreu no município de Maringá, por busca ativa diária nos dois hospitais que atendem ao parto pelo SUS e nos três hospitais que atendem ao parto somente pelo sistema privado, entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014. As puérperas foram abordadas no alojamento conjunto das maternidades ainda nas primeiras 48 horas após o parto. A coleta de dados foi realizada por três enfermeiros estudantes de pós-graduação e uma enfermeira contratada, todos previamente treinados. As puérperas foram entrevistadas e os respectivos dados foram coletados de forma consecutiva até atingir o número da amostra em cada hospital. Os dados foram conferidos diariamente durante o período de coleta e corrigidos, quando necessário, com retorno aos prontuários ou contato telefônico às mulheres.

Para a associação do parto cesáreo com as características maternas foram consideradas as variáveis independentes: socioeconômicas e demográficas da puérpera - idade (≤ 19 ; 20-34 ou ≥ 35); escolaridade (< 8 ou ≥ 8 anos de estudo); raça/cor (branca ou não branca); situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro); renda familiar *per capita* (< 1 ou ≥ 1 salário mínimo).

Características pré-concepcionais, gestacionais e história reprodutiva: idade gestacional no início do pré-natal (< 16 ou ≥ 16 semanas); número de consultas de pré-natal (< 7 ou ≥ 7 consultas); participação em grupos de gestante (sim ou não); número de gestações anteriores (primípara, nenhuma ou múltipara: ≥ 1); história de risco obstétrico (histórico de morte fetal, neonatal, filho baixo peso anterior, filho prematuro anterior, filho que morreu no primeiro ano de vida) (sim ou não); índice de massa corporal (IMC) antes de engravidar - $< 18,5$ kg/m² (magro); 18,5-24 kg/m² (normal) ou ≥ 25 kg/m² (sobrepeso/obesidade); cesárea anterior para múltiparas (nenhuma ou ≥ 1).

Também foram consideradas as condições maternas durante a gestação: gravidez planejada (sim ou não); reação da mãe à gestação (negativa ou preocupação; positiva); trabalho em posição ortostática (em pé: sim ou não); prática de atividade física durante a gestação (sim, se ao menos três vezes na semana ou não); tipo de parto desejado no início da gestação (cesárea ou vaginal).

E, finalmente, as intercorrências durante a gestação: hipertensão arterial (sim ou não); diabetes (sim ou não); infecção do trato urinário (ITU) (sim ou não); sangramento

(sim ou não); descolamento prematuro de placenta (sim ou não); hospitalização (sim ou não); depressão (sim ou não).

A renda familiar *per capita* familiar foi calculada somando os rendimentos mensais da família e dividindo-os pelo número de moradores no domicílio. Quando o rendimento mensal não era referido pela puérpera em número de salários mínimos, dividia-se o número mencionado pelo valor do salário mínimo vigente na época (R\$ 678,00). Na entrevista, questionou-se a presença de depressão durante a gestação, com diagnóstico médico e terapêutica específica.

Foi utilizado o modelo de regressão logística (*stepwise forward*, por meio do software SPSS, versão 20.1), com intervalo de confiança (IC) de 95%. Apenas as variáveis com p -valor $\leq 0,20$ na análise univariada foram apresentadas nos resultados e incluídas na análise de regressão logística. No modelo final permaneceram aquelas com p -valor $< 0,05$, após controle por variáveis de ajuste estatístico. As categorias escolhidas como referência foram as de menor risco para o parto cesárea, considerando-se a literatura pertinente. Foram realizadas duas análises de regressão logística separadas, uma para financiamento do parto pelo sistema público (SUS), em que as despesas são pagas pelo Estado, e outra para o sistema privado, em que as despesas são pagas por convênios, seguros de saúde ou diretamente pelo cliente à instituição de saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá-PR (parecer nº 412.422/2013), e cumpriu todos os preceitos éticos da Declaração de Helsinki.

Todos os cuidados éticos foram tomados e as puérperas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Das 920 puérperas entrevistadas, 485 realizaram o parto pelo sistema público de saúde e 435 pelo sistema privado. Em relação ao tipo de parto, a maior proporção de parto cesárea foi observada entre puérperas que realizaram o parto pelo sistema privado (93,8% = 408), no entanto, a proporção de cesárea pelo SUS também foi alta (55,5% = 269).

Na primeira etapa das análises de associação (OR bruto) para selecionar as variáveis que compuseram a análise de regressão logística ($p < 0,20$), observa-se que nenhuma característica socioeconômica e demográfica materna foi associada ao parto cesárea ($p < 0,05$). O IMC classificado como “sobrepeso ou obesidade” ($p < 0,001$) e a ocorrência de parto cesárea anterior ($p < 0,006$) (OR=2,24; IC=1,51-3,33 e OR=16,99; IC=2,23-129,40, respectivamente), aumentam as chances de parto cesárea para as mulheres que realizaram o parto pelo SUS. Já para aquelas que têm parto financiado pelo sistema privado, observa-se que a realização de menos de sete consultas de pré-natal ($p = 0,012$) e o IMC pré-gestacional classificado como “magro” ($p = 0,048$) também são fatores associados ao parto cesárea (OR=0,22; IC=0,07-0,71 e OR=0,30; IC=0,09-0,99, respectivamente), apresentando-se como possível fator de proteção (Tabela 1).

Tabela 1 – Taxas de parto cesárea, segundo características socioeconômicas, demográficas, pré-concepcionais e gestacionais – Maringá, PR, Brasil, 2014.

Variáveis	SUS n (485)					Sistema privado n (435)				
	Cesárea	Vaginal	OR	IC	<i>p</i>	Cesárea	Vaginal	OR	IC	<i>p</i>
	55,5 %	44,5%				93,8%	6,2%			
Idade										
≤ 19	44,2	55,8	0,62	0,37-1,01	0,057	87,5	12,5	0,45	0,05-3,18	0,463
20-34	56,2	43,8	–	1		94,0	6,0	–	1	
≥ 35	66,1	33,9	1,52	0,85-2,72	0,155	93,6	6,4	0,93	0,34-2,56	0,896
Escolaridade										
< 8 anos	54,8	45,2	–	1		77,8	22,2	–	1	
≥ 8 anos	55,6	44,4	1,03	0,60-1,76	0,916	94,1	5,9	4,58	0,90-23,22	0,066
Renda familiar per capita*										
< 1 salário	52,5	47,6	–	1		96,6	3,4	–	1	
≥ 1 salário	59,1	40,9	1,31	0,91-1,87	0,143	93,4	6,7	0,50	0,11-2,14	0,344
IG início pré-natal**										
< 16	53,2	46,8	–	1		94,1	5,9	–	1	
≥ 16	65,4	34,6	1,66	1,00-2,75	0,050	77,8	22,2	0,22	0,04-1,11	0,067
Número de consultas pré-natal										
< 7	54,2	45,8	0,93	0,62-1,41	0,742	79,0	21,1	0,22	0,07-0,71	0,012
≥ 7	55,9	44,1	–	1		94,5	5,5	–	1	
História de risco obstétrico***										
Sim	62,6	37,4	1,47	0,96-2,26	0,078	93,3	6,7	0,89	0,36-2,17	0,800
Não	53,2	46,8	–	1		94,0	6,0	–	1	

continua...

...continuação

Variáveis	SUS n (485)					Sistema privado n (435)				
	Cesárea	Vaginal	OR	IC	p	Cesárea	Vaginal	OR	IC	p
	55,5 %	44,5%				93,8%	6,2%			
IMC antes de engravidar (kg/m²)										
< 18,5	40,8	59,2	0,72	0,39-1,35	0,312	80,0	20,0	0,30	0,09-0,99	0,048
18,5 a 24,9	48,8	51,3	–	1		93,0	7,0	–	1	
≥ 25,0	68,1	31,9	2,24	1,51-3,33	<0,001	97,7	2,3	3,19	0,93-10,95	0,065
Cesárea anterior****										
Nenhuma	41,4	58,6	–	1		91,2	8,8	–	1	
≥ 1	87,3	12,8	16,99	2,23-129,40	0,006	98,7	1,3	21,43	4,70-97,61	<0,001
Trabalho em pé										
Sim	55,7	44,3	–	1		91,1	8,9	–	1	
Não	55,4	44,6	0,99	0,58-1,67	0,969	96,9	3,1	3,00	1,07-8,40	0,036
Prática de atividade física										
Sim	42,9	57,1	–	1		92,5	7,6	–	1	
Não	56,2	43,8	1,71	0,79-3,70	0,171	94,2	5,8	1,33	0,56-3,14	0,512
Tipo de parto desejado no início da gestação										
Cesárea	80,9	19,1	5,48	3,40-8,86	<0,001	99,3	0,7	30,06	7,01-129,00	<0,001
Vaginal	43,5	56,5	–	1		82,3	17,7	–	1	

*Salário mínimo vigente em outubro de 2013 (R\$678,00).

**IG: idade gestacional em semanas completas.

***Ter tido ao menos um aborto e/ou natimorto anterior e/ou filho baixo peso anterior e/ou filho prematuro anterior e/ou filho que morreu no primeiro ano de vida.

****Para esta variável foram consideradas apenas as mulheres múltiparas.

Das condições maternas durante a gestação, ter desejado essa via de parto desde o início da gestação ($p < 0,001$) foi associado ao parto cesárea, tanto para mulheres que realizaram o parto pelo SUS (OR=5,48; IC=3,40-8,86), quanto para aquelas que realizaram o parto pelo sistema privado (OR=30,06; IC=7,01-129,00). No sistema privado, trabalhar em pé esteve associado à realização do parto cesárea

(OR=3,00; IC=1,07-8,40) (Tabela 1).

No SUS, observa-se ainda que as intercorrências maternas associaram-se ao parto cesárea. A presença de hipertensão arterial (OR=2,10; IC=1,31-3,37), diabetes (OR=4,32; IC=1,63-11,50) e depressão durante a gestação (OR=4,03; IC=1,35-12,02), aumentam as chances de cesárea no sistema público de assistência à saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Taxa de parto cesárea, segundo intercorrências maternas durante a gestação – Maringá, PR, Brasil, 2014.

Variáveis	SUS n (485)					Sistema privado n (435)				
	Cesárea	Vaginal	OR	IC	p	Cesárea	Vaginal	OR	IC	p
	%	%				%	%			
Hipertensão arterial										
Sim	69,4	30,6	2,10	1,31-3,37	0,002	95,4	4,6	1,43	0,42-4,91	0,566
Não	51,9	48,1	–	1		93,5	6,5	–	1	
Diabetes										
Sim	83,3	16,7	4,32	1,63-11,50	0,003	97,7	2,3	2,98	0,39-22,55	0,289
Não	53,6	46,4	–	1		93,4	6,6	–	1	
Hospitalização										
Sim	59,5	40,5	1,29	0,88-1,88	0,191	91,4	8,6	0,58	0,26-1,30	0,187
Não	53,3	46,7	–	1		94,8	5,2	–	1	
Depressão										
Sim	82,6	17,4	4,03	1,35-12,02	0,013	92,9	7,1	0,85	0,11-6,80	0,883
Não	54,1	45,9	–	1		93,8	6,2	–	1	

A análise de regressão logística evidenciou alguns fatores que podem estar associados, em variados graus, com a ocorrência de parto cesáreo no SUS: renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo (OR=2,03; IC=1,10-3,77); ocorrência de parto cesáreo anterior (OR=11,11; IC=1,29-95,63); IMC pré-gestacional classificado como sobrepeso ou obesidade (OR=2,30; IC=1,16-4,56) e escolha por parto

cesáreo no início da gestação (OR=3,38; IC=1,24-9,17). Entre as mulheres com parto financiado pelo sistema privado, a realização de cesárea anterior (OR=11,27; IC=1,18-107,63) e a intenção deste tipo de parto desde o início da gestação (OR=18,29; IC=1,93-173,25) também foram fatores associados à ocorrência parto cesárea atual (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelo final dos fatores independentes associados ao parto cesárea, segundo tipo de financiamento do parto – Maringá, PR, 2014.

Variáveis	SUS ^a n (485)			Sistema privado ^b n (435)		
	ORaj	IC	P	ORaj	IC	P
Características socioeconômicas e demográficas maternas						
Renda <i>per capita</i> ≥ 1 SM	2,03	1,10-3,77	0,024	–	–	–
Características pré-concepcionais, gestacionais e história reprodutiva materna						
Cesárea anterior	11,11	1,29-95,63	0,028	11,27	1,18-107,63	0,035
IMC ≥ 25 (sobrepeso/obesidade)	2,30	1,16-4,56	0,018	–	–	–
Condições maternas durante a gestação						
Desejo de parto cesáreo no início da gestação	3,38	1,24-9,17	0,017	18,29	1,93-173,25	0,011

^aAjuste estatístico por: IMC < 18,5 kg/m² (magro); hipertensão arterial durante a gestação.

^bAjuste estatístico por: trabalho em posição ortostática (em pé); IMC < 18,5 kg/m² (magro); IMC ≥ 25 kg/m² (sobrepeso/obeso).

DISCUSSÃO

Ao longo do tempo, a cesárea deixou de ser um método para melhorar os resultados perinatais e tornou-se um produto de consumo, de tal maneira que as taxas são menores entre as mulheres mais pobres e aumentam na proporção em que aumenta o poder aquisitivo da população^(7,11). Este fato pode explicar, em parte, a diferença na prevalência do setor público (55,5%) e privado (93,8%). Atrelado a isso, o parto cesárea tornou-se um sinal de *status* social entre as mulheres brasileiras, bem como um fator de conveniência para mães e médicos, que agendam o parto em determinados horários e dias da semana⁽¹²⁾.

O desejo de parto cesárea no início da gestação esteve associado à ocorrência deste procedimento nos dois tipos de financiamento da assistência (ORaj=3,38; ORaj=18,29, para o SUS e privado, respectivamente). Não obstante as mulheres atendidas pelo SUS possuírem menor poder de negociação e de escolha em relação à via de parto e/ou do profissional que a assistirá⁽¹³⁾, desejar a cesárea já no início da gestação (ORaj=3,38) aumenta as chances de realizá-la. Enquanto no SUS as chances de realizar parto cesárea triplicam entre as que desejam este procedimento, no financiamento privado as chances são 18 vezes mais elevadas (ORaj=18,29), uma vez que, quanto maior o poder aquisitivo da clientela, maior o poder de negociação com o profissional médico⁽¹⁴⁾, além da inclinação de vários profissionais do sistema privado de saúde para a realização do parto cesárea⁽¹⁵⁾. As gestantes atendidas pela saúde suplementar têm maior poder de decisão, pois a forma de organização da assistência no setor privado possibilita o agendamento de cesariana a pedido, a escolha do profissional, da equipe, e até do estabelecimento de saúde.

Uma das razões pela escolha da cesariana eletiva, além da conveniência em programar o nascimento do filho, é

evitar a dor do parto. Por esse motivo muitas mulheres optam pelo parto cirúrgico, ignorando a possibilidade de receber cuidados para alívio da dor também no parto vaginal: métodos farmacológicos e não farmacológicos. No Brasil, existe ainda uma preocupação estética, associada ao mito de que a cesárea mantém intacta a anatomia e fisiologia da vagina e períneo⁽¹⁶⁾. Outro fator cultural importante é a crença popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea, o que vai contra as evidências científicas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Assim, muitos desfechos indesejados são geralmente atribuídos à não realização ou à realização tardia da cesárea. A escolha da mulher pelo tipo de parto tem, portanto, diversas influências⁽¹⁹⁾.

É importante que se reverta o paradigma social instaurado, o qual tem influenciado fortemente a “cultura das cesáreas” entre as brasileiras. Buscar a conscientização destas e dos profissionais que prestam assistência ao parto acerca dos possíveis impactos negativos da intervenção cirúrgica para a mãe e a criança é ainda a melhor forma de diminuir as taxas do parto cesárea. Uma vez que se conhecem as razões pelas quais as mulheres preferem a cesárea ao parto vaginal, cabe à sociedade médica, gestores e demais profissionais da saúde desmistificar conceitos equivocados⁽¹⁹⁾.

É preciso considerar que apenas três em cada dez mulheres começam a gestação preferindo o parto por cesariana, mas ao final da gravidez, oito em cada dez optam pela cesárea⁽³⁾. Essa proporção aumenta pela influência de um aconselhamento pré-natal que superestima os riscos do parto vaginal e estimula o medo e a insegurança⁽²⁰⁾. O desestímulo ao parto vaginal é fortemente observado no pré-natal realizado no sistema privado, em que o acompanhamento é exclusivo com o médico, enquanto no SUS, em muitos municípios, as consultas são alternadas entre médico

e enfermeira. Estudo de base populacional mostrou que, no setor público, a proporção de mulheres que prefere um parto cesáreo não se modificou ao final da gestação, ficando próxima a 30%, mas no setor privado, ao final do pré-natal, houve aumento expressivo do número de mulheres que se decidiram pela cesariana, chegando a 70%⁽¹³⁾. Este fato pode explicar por que a realização de menos de sete consultas de pré-natal no setor privado pode se constituir como proteção para o desfecho cesáreo (OR=0,22). Estudos apontam ainda que não há grande satisfação com o parto cesariana, principalmente entre mulheres das classes econômicas menos favorecidas, uma vez que no setor público sua ocorrência está quase sempre associada a complicações durante a gestação e o trabalho de parto^(3,11,13,20).

Entre as múltiparas, tanto para aquelas atendidas pelo SUS como pelo sistema privado, já ter realizado parto cesáreo aumenta em 11 vezes a chance de ter uma nova cesárea. É comum a decisão médica pela repetição do procedimento cirúrgico mesmo sem indicações claras ou plausíveis. Desta forma, a repetição deste procedimento entre as múltiparas, de forma indiscriminada, é uma prática médica não baseada em evidências⁽²¹⁾. Já foi demonstrado que a cicatriz uterina tem pouca influência sobre a evolução do parto seguinte, mas aumenta o risco de infecções puerperais e complicações em gestações futuras, como placenta prévia, patologias hemorrágicas e morbidade neonatal⁽²²⁾.

Entre as usuárias do SUS, as gestantes submetidas à cesárea foram aquelas que apresentaram depressão (OR=4,03), hipertensão arterial (OR=2,10), diabetes (OR=4,32), e sobrepeso/obesidade pré-gestacional (ORaj=2,30). Estes são fatores de risco gestacional que aumentam a probabilidade de patologias obstétricas, distócias e outras complicações, e consequentemente, a indicação da intervenção cirúrgica⁽²³⁻²⁴⁾. O risco gestacional elevado, atribuído à gestante com intercorrências ou fatores preexistentes, está associado à maior ocorrência de cesárea, embora a intervenção não se faça necessária em todos os casos^(11,17).

Apesar do esforço governamental na elaboração de medidas de prevenção do parto cesáreo desnecessário, as ações instituídas até o presente momento têm sido pouco eficazes em deter a tendência de aumento das taxas, tanto no SUS quanto no sistema privado^(4,7). A mais recente resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nº 368/2015, que garante maior transparência nas práticas de hospitais e médicos no âmbito da saúde suplementar, pode ajudar a reduzir os índices⁽²⁵⁾. Dentre as exigências, médicos e hospitais terão que informar o número de cesáreas e partos vaginais realizados, além de preencher o cartão da gestante durante o pré-natal e fazer uso do partograma, com o registro de tudo que acontece durante o trabalho de parto. Entretanto, para haver impacto real nas taxas, talvez sejam necessárias medidas direcionadas à limitação do número de procedimentos por estabelecimento de saúde como critério de credenciamento, repasses financeiros, além de utilizar as taxas de parto vaginal como um indicador positivo da qualidade de assistência obstétrica⁽¹¹⁾.

A dificuldade de interferir na tendência de aumento das taxas de parto cesáreo advém da complexidade deste tema, visto que se trata de uma questão multidimensional, com determinantes múltiplos e complexos⁽⁵⁾. Há sim o componente biológico materno, porém no Brasil o que mais determina sua ocorrência é a interação de fatores historicamente construídos, como a qualidade da formação profissional; a prática não baseada em evidências; o protagonismo do obstetra; o modelo de assistência à maternidade (medicalização e hospitalização); a forma de organização dos serviços de saúde; o pagamento por procedimentos; a percepção da maioria da população sobre a possível superioridade dessa via de parto; conveniência e praticidade, dentre outras razões culturais⁽¹¹⁾.

Salienta-se que este estudo possui algumas limitações, tais como o delineamento transversal, que pode afetar a interpretação dos dados, e o viés do recordatório materno. Entretanto, as entrevistas ocorreram imediatamente após o parto, minimizando a possibilidade de esquecimento das puérperas acerca dos eventos gestacionais.

CONCLUSÃO

Os sistemas público e privado revelam diferenças quanto aos fatores associados à realização do parto cesáreo. A alta ocorrência de cesárea no modelo privado (93,8%) é determinada principalmente pelo desejo da mulher por esta via de parto no início da gravidez (OR=18,29) e a realização de cesárea prévia (OR=11,27). Já entre mulheres atendidas pelo SUS, houve maior número de fatores associados, entre eles, a renda familiar *per capita* maior que um salário mínimo (OR=2,03), parto cesáreo anterior (OR=11,11), sobrepeso ou obesidade pré-gestacional (OR=2,30), e o desejo de parto cesáreo no início da gestação (OR=3,38).

Apesar da ocorrência do parto cesáreo ser menor no SUS (55,5%) em comparação com o sistema privado (93,8%), esta prevalência ainda é elevada considerando-se o proposto por órgãos nacionais e internacionais. Os resultados observados neste estudo corroboram as evidências divulgadas na literatura e podem nortear a implementação de políticas de saúde materno-infantil no município de Maringá e em outros com características semelhantes, de modo que a assistência à gestante seja realizada dentro dos critérios técnicos recomendados pela OMS e pelo Ministério da Saúde, a fim de proporcionar maior segurança e menor índice de complicações para a mulher e o bebê.

Salienta-se que é preciso investir na formação dos profissionais de saúde, capacitá-los a realizar o acompanhamento e o cuidado pré-natal, além do parto vaginal, e intervir com cesariana nos casos realmente necessários, garantindo as boas práticas, a humanização do atendimento, bem como a promoção do parto e nascimento seguros.

Ressalta-se que estudos randomizados devem ser realizados, com amostras mais numerosas, além da inclusão de variáveis relacionadas ao trabalho de parto, a fim de se consolidar os achados desta pesquisa.

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores associados à cesárea entre residentes de Maringá-PR, segundo a fonte de financiamento do parto. **Método:** Estudo transversal com dados de 920 puérperas entrevistadas entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014. A análise de associação foi feita por regressão logística. **Resultados:** A taxa de cesariana foi de 55,5% e 93,8% no Sistema Único de Saúde (SUS) e no sistema privado, respectivamente. Associou-se à cesárea no SUS: realização de cesárea anterior (OR=8,9; IC=4,6-16,9), desejo pela cesárea no início da gestação (OR=2,0; IC=1,1-3,6), sobrepeso/obesidade pré-gestacional (OR=1,8; IC=1,1-2,8), e renda familiar *per capita* maior que um salário mínimo (OR=2,1; IC=1,3-3,4). No sistema privado, o desejo pela cesárea no início da gestação (OR=25,3) e uma cesárea anterior (OR=11,3) estiveram fortemente associados à sua realização. **Conclusão:** É necessário orientar adequadamente todas as gestantes que desejam o parto cesárea, no SUS e no sistema privado, sobre os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico sem indicação. No setor público de saúde, devem ser foco das orientações as gestantes com parto cesárea anterior, as com renda familiar *per capita* maior que um salário mínimo e com sobrepeso ou obesidade, as quais têm mais chances de realizar cesárea.

DESCRITORES

Cesárea; Fatores de Risco; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem Materno-Infantil; Financiamento da Assistência à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores asociados con la cesárea entre residentes de Maringá-PR, según la fuente de financiación del parto. **Método:** Estudio transversal con datos de 920 puérperas entrevistadas entre octubre de 2013 y febrero de 2014. El análisis de asociación se hizo por regresión logística. **Resultados:** La tasa de cesáreas fue del 55,5% y del 93,8% en el Sistema Único de Salud (SUS) y en el sistema privado, respectivamente. Se asociaron a la cesárea en el SUS: realización de cesárea anterior (OR=8,9; IC=4,6-16,9), deseo por la cesárea en el inicio de la gestación (OR=2,0; IC=1,1-3,6), sobrepeso/obesidad pre gestacional (OR=1,8; IC=1,1-2,8) y renta familiar *per capita* mayor que un sueldo mínimo (OR=2,1; IC=1,3-3,4). En el sistema privado, el deseo por la cesárea en el inicio de la gestación (OR=25,3) y una cesárea anterior (OR=11,3) estuvieron fuertemente asociados con su realización. **Conclusión:** Es necesario orientar adecuadamente a todas las gestantes que desean el parto cesárea, en el SUS y el sistema privado, acerca de los riesgos inherente al procedimiento quirúrgico sin indicación. En el sector público de salud, deben ser foco de las orientaciones las gestantes con parto cesárea anterior, las con renta familiar *per capita* mayor que un sueldo mínimo y con sobrepeso u obesidad, quienes tienen más probabilidades de realizar cesárea.

DESCRIPTORES

Cesárea; Factores de Riesgo; Salud Materno-Infantil; Enfermería Maternoinfantil; Financiación de la Atención de la Salud.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. the increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura PM, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:17-32.
4. Hopkins K, Amaral EFL, Mourao ANM. The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. *Birth*. 2014;41(2):169-77.
5. Lotfi R, Tehrani FR, Dovom MR, Torkestani F, Abedini M, Sajedinead S. Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in Iran 2012-2014: a mixed methods study. *Int J Prev Med*. 2014;5(12):1552-66.
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. Nascidos vivos [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2015 out. 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
7. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(12):548-54.
8. Oliveira RR, Melo EC, Falavina LP, Mathias TAF. The growing trend of moderate preterm births: an ecological study in one region of Brazil. *PLoS One* 2015; 10(11):e0141852.
9. Nandi JK, Saha D, Mitra A, Pal S. Maternal morbidity in low risk nulliparous mother associated with cesarean delivery before labor and following induction labor. *Int J Rec Sci Res*. 2015;6(7):5501-04.
10. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Maringá [Internet]. Curitiba: IPARDES; 2014 [citado 2016 fev. 16]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000&btOk=ok>
11. Souza PJ, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Suppl:51-3.
12. Klimpel J, Whitson R. Birthing modernity: spatial discourses of casarean birth in São Paulo, Brazil. *Gender Place Cult*. 2016;23(8):1-14.
13. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura MP, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S101-16.
14. Lino HC, Diniz SG. "You take care of the baby's clothes and I take care of the delivery": communication between professionals and patients and decisions about the mode of delivery in the private sector in São Paulo, Brazil. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(1):17-24.
15. Hirsch ON. O parto "natural" e "humanizado" na visão de mulheres de camandas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*. 2015;15(2):229-49.
16. Muller E, Rodrigues L, Pimentel C. O tabu do parto: dilemas e interdições de um campo ainda em construção. *Civitas*. 2015;15(2):272-93.

17. Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(2):65-71.
18. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and new born care. *Lancet.* 2014;384(20):1129-45.
19. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):336-43.
20. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Coletiva.* 2014;22(1):46-53.
21. Declercq E. Is medical intervention in childbirth inevitable in Brazil? *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Suppl 1:S39-40.
22. Kok N, Ruiter L, Hof M, Ravelli A, Mol BW, Pajkrt E, et al. Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: a nationwide comparative cohort study. *BJOG.* 2014;121(2):216-23.
23. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(4):1295-304.
24. Silva JC, Amaral AR, Ferreira BS, Petry JF, Silva MR, Krelling PC. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(11):509-13.
25. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa n. 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2015 ago. 20]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/wp-content/uploads/2015/05/RN_N%C2%BA368.pdf

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Processo n. 473708/2012-4.
