

Avaliação epidemiológica comparativa dos índices de parto cesáreo e vaginal e fatores associados em hospitais público e privado da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais

Comparative epidemiological assessment of cesarean section and vaginal childbirth rates and associated factors in public and private hospitals in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais

Jordana Dias Paes Possani de Sousa¹, Vanessa Torres de Castro Innocêncio¹, Rafaela Vidigal da Cruz Brito¹, Ricardo Campelo da Conceição²

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde ressalta que os índices hospitalares de cesárea variam de acordo com características das mulheres atendidas e encoraja a identificação de fatores que possam influenciar os números exorbitantes dessa via de parto. **Objetivos:** Observar, em hospitais privado e público de Juiz de Fora-MG, os índices de partos cesáreo e vaginal no ano de 2016 e analisar a influência dos fatores idade, nível de escolaridade e multiparidade da mulher sobre tais taxas. **Métodos:** Foram disponibilizados pelos hospitais privado e público dados referentes às taxas de partos cesáreo e vaginal, estratificados em relação à idade, ao nível de escolaridade e à multiparidade das mulheres atendidas no ano de 2016. Utilizou-se uma amostragem por conveniência, sendo 653 parturientes no privado e 2386 no público. **Resultados:** Verificou-se maior percentual do parto cirúrgico no hospital privado (97,09%), não se estabelecendo relação significativa com os fatores analisados, diferente do serviço público, em que o parto vaginal compreendeu 64,29% das parturientes. No hospital público, houve associação estatística com a faixa etária e a paridade, não apresentando relação importante com o nível de escolaridade. **Conclusões:** Na rede privada a alta taxa de cesárea não sofre modificação com os fatores maternos analisados, verificando-se que há outros determinantes influenciadores desse processo. No serviço público, evidenciou-se que mulheres com mais de 31 anos e/ou primíparas possuíram uma tendência ao parto cirúrgico, quando comparado com a contagem esperada. Observa-se que as taxas de cesarianas são altas em ambos os setores, não se justificando apenas por indicações obstétricas

Palavras-chave: Cesárea. Hospitais Privados. Hospitais Públicos.

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Curso de Medicina. Juiz de Fora, MG - Brasil.

² Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ, Departamento de Ginecologia e Obstetria. Juiz de Fora, MG – Brasil

Instituição:

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Medicina. Alameda Salvaterra, nº 200 Bairro Salvaterra, Juiz de Fora, Minas Gerais. Brasil. CEP: 36.033-003. T: (32) 2101.5000

* Autor Correspondente:

Jordana Dias Paes Possani de Sousa
E-mail: jordanapossani@gmail.com

Recebido em: 03/08/2020.

Aprovado em: 12/10/2020.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization emphasizes that hospital cesarean rates vary according to the characteristics of the women attended to and encourages the identification of factors that may influence the exorbitant numbers of this mode of delivery. **Objectives:** To observe, in private and public hospitals in Juiz de Fora-MG, the rates of cesarean and vaginal births in 2016 and to analyze the influence of the factors: age, level of education, and parity of women on these rates. **Methods:** Data on the rates of cesarean and vaginal births were made available by the private and public hospitals stratified in terms of age, education level and the parity of the women attended in 2016. In this study, a convenience sample of 653 and 2386 parturients was used in the private and public hospital respectively. **Results:** There was a higher rates of surgical delivery in the private hospital (97.09%), without a significant relation with the factors analyzed unlike the public service, in which vaginal delivery comprised 64.29% of the parturients. In the public hospital, there was a statistical association with age and parity without a significant relation with the educational level. **Conclusions:** In the private hospital, the high rate of the cesarean section does not change with the maternal factors analyzed suggesting that other determinants are influencing the process. In the public hospital, evidence shows that 2 groups were more likely to have surgical delivery when compared to the expected count: parturients over 31 years old and primiparous women. It was observed that cesarean rates are high in both sectors and are not only justified by obstetric indications.

Keywords: Cesarean Section. Hospitals, Private. Hospitals, Public.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

A experiência da parturição sempre representou um evento muito importante na vida das mulheres; um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel, o de ser mãe.¹

Os percentuais de parto cesariana, em relação à quantidade total de partos, aumentaram em todo o mundo, principalmente nos países de renda média e alta.² O Brasil ocupa a segunda posição no ranking de países com a maior taxa de cesárea do mundo, sendo que mais da metade dos nascimentos no país são por via alta. De acordo com o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, o país apresentou, em 2019, uma taxa de partos cesarianos de 56,3% e, de maneira semelhante, os dados disponíveis referentes a 2020 (janeiro a maio) demonstram que aproximadamente 57% dos partos neste período foram via alta.³ O motivo do aumento dessas taxas não é simples de entender, pois pode associar-se a fatores socioeconômicos, de saúde, médicos e culturais.²

Em 1985, a comunidade médica internacional notou um número crescente de cesáreas e passou a considerar que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%.⁴ Embora esse intervalo percentual tenha sido destinado a grupos definidos por limites geopolíticos, em muitos casos ele foi usado de forma inadequada como medida para os estabelecimentos de

saúde, independentemente de sua complexidade ou outras características.⁵ Neste contexto, em 2015 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que é inadequada a utilização de uma taxa ideal de cesarianas nos hospitais individuais, visto o caráter heterogêneo da população atendida em cada local, bem como de suas capacidades e recursos.⁴

Com a intenção de empregar um sistema mais apropriado para avaliar as taxas de cesárea, em 2011 a OMS publicou uma revisão sistemática sugerindo a utilização da classificação de Robson⁶ Sua principal vantagem é a possibilidade de estratificar as parturientes em dez diferentes grupos de classificação.² A classificação de Robson (Quadro 1), proposta em 2001, é um instrumento baseado em seis parâmetros obstétricos, sendo eles: paridade, cesárea anterior, idade gestacional, início do trabalho de parto, apresentação fetal e número de fetos.⁷ Nas palavras de Knobel et al, “em decorrência da simplicidade, da fácil reprodução e da importância clínica, essa classificação foi adotada universalmente nos últimos anos, com a recomendação da OMS”.²

A cesariana, quando realizada por indicação médica, pode prevenir complicações graves em mães e recém-nascidos, incluindo a morte. A falta de acesso a essa via de parto tem impacto na morbimortalidade materna e perinatal, resultando em um aumento desses índices.⁸

Quadro 1. Classificação de Robson

Grupos	Descrição
1	Mulheres nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, trabalho de parto espontâneo
2	Mulheres nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, parto induzido ou cesariana programada
3	Mulheres múltiparas, sem cesariana prévia, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, trabalho de parto espontâneo
4	Mulheres múltiparas, sem cesariana prévia, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesariana programada
5	Todas as mulheres múltiparas, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, com pelo menos uma cesariana anterior
6	Todas as mulheres nulíparas com uma única gravidez pélvica
7	Todas as mulheres múltiparas com uma única gravidez pélvica, em qualquer idade gestacional, incluindo mulheres com cesariana anterior
8	Todas as mulheres com gestações múltiplas, em qualquer idade gestacional e paridade, incluindo mulheres com cesarianas anteriores
9	Todas as mulheres com feto único, em apresentação transversal ou oblíqua, em qualquer idade gestacional, incluindo mulheres com cesariana anterior
10	Todas as mulheres com feto único, cefálico, com menor ou igual a 36 semanas de gestação, incluindo mulheres com cesarianas anteriores

Fonte: Robson MS, 2001.⁷

Entretanto, o crescente aumento de partos realizados por via alta indica um uso excessivo desse método em aspecto global, sendo, muitas vezes, aplicado em mulheres e recém-nascidos saudáveis, cursando com consequentes iatrogenias.⁸ Em uma revisão sistemática e meta-análise, Mascarello et al aborda os riscos, a curto prazo, que o parto cesáreo apresenta para a gestante (aumento das taxas de transfusão de sangue materna; risco de doenças tromboembólicas; complicações anestésicas; danos aos órgãos e maior risco de infecção) e para o neonato (desconforto respiratório neonatal). Já a longo prazo, os riscos são relacionados a gestações seguintes, como rotura uterina e placenta acreta. Além disso, aumenta o risco de asma e obesidade em crianças.⁹

Apesar da contribuição da via cesárea de parto em uma melhor assistência à saúde materna e neonatal, colaborando com a queda da morbimortalidade, é importante que sua indicação seja criteriosa e baseada em evidências, evitando os riscos supracitados para a mãe e a criança.¹⁰ Dessa forma, a comunidade médica deve intervir de maneira a reduzir o número de partos cirúrgicos desnecessários a fim de que as cesarianas sejam realizadas apenas quando há indicação obstétrica.⁴

Muitas vezes, a mulher passa por uma série de rotinas que nem sempre são necessárias para a aceleração do trabalho de parto, como medicamento, amniotomia, afastamento de mãe e bebê nos primeiros minutos, dentre outros procedimentos.¹¹ Tais interferências durante o parto normal geram uma sensação traumática, que ocorre frequentemente por negligência médica baseada em preconceitos sociais e econômicos, desenvolvendo na mulher a vontade da realização do parto cesariano.¹²

Na sociedade, além da possibilidade de se fazer a laqueadura tubária, outros fatores contribuem para as altas taxas de cesárea: pensamento por parte da mulher de que este tipo de parto é indolor e preserva a anatomia da vagina para as relações sexuais, baixa remuneração do anestesista para o parto normal, falta de acesso da população à informação sobre os riscos das cirurgias obstétricas, conveniência médica

e falta de equipamentos adequados para monitorização fetal e materna no parto normal.^{13,14}

Cesáreas realizadas de forma adequada e seguindo uma indicação médica precisa são procedimentos potencialmente salvadores de vidas. Entretanto, por um lado, o fornecimento de cesarianas seguras e oportunas ainda é um grande desafio em países com alta mortalidade materna, onde são insuficientes; por outro lado, seu excesso em determinadas regiões faz com que o desafio consista em minimizar a realização de cesarianas sem indicação clínica, o que motivou a OMS a publicar, em 2018, recomendações não clínicas para redução de cesáreas desnecessárias.^{15,16}

Em face ao exposto, visando a importância e a necessidade de estudos atuais que corroborem para a avaliação das características que influenciam os índices em relação a cada tipo de parto, o presente estudo objetiva observar, em um hospital público e um hospital privado da cidade de Juiz de Fora, os índices de partos cesariano e vaginal no ano de 2016 e analisar a influência dos fatores idade, nível de escolaridade e paridade da mulher sobre tais taxas.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo em questão enquadra-se em uma natureza analítica e do tipo transversal, desenvolvido a fim de avaliar os índices de partos cesáreo e vaginal, bem como os fatores associados elencados, em hospitais privado e público localizados na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, ocorridos no ano de 2016. O estudo foi realizado após a submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado com o parecer 2.616.209 em 24 de Abril de 2018.

Foram disponibilizados pelos hospitais dos setores privado e público dados referentes aos índices de partos cesáreo e vaginal destas instituições, estratificados em relação à idade, ao nível de escolaridade e à paridade das mulheres atendidas no ano de 2016. Utilizou-se uma amostragem por

conveniência, com os registros ocorridos de todas as mulheres que pariram nesses dois hospitais durante o respectivo ano, sendo 653 no privado e 2386 no público.

Para a realização da análise estatística dos dados, utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 para *Windows*. Após a transcrição dos dados para o mesmo, realizou-se análise exploratória para reconhecimento das variáveis e correção de eventuais erros e/ou inconsistência da coleta e digitação dos dados.

Após a estruturação final do banco de dados, realizou-se inicialmente uma análise descritiva dos dados relativos às variáveis socioeconômicas e reprodutiva. A associação entre o tipo de parto realizado e tais variáveis foi verificada pelo teste estatístico não paramétrico qui-quadrado de independência. O intervalo de confiança foi constituído com 95% de confiança e o p-valor foi de 0,05 em todos os testes estatísticos realizados.

RESULTADOS:

O perfil social das parturientes do hospital privado no ano de 2016 é contemplado na Tabela 1. Ressalta-se que, dentre as 653 parturientes de tal instituição, 403 (61,71%) encontravam-se na faixa etária entre 31 a 40 anos, sendo que a média de idade foi de, aproximadamente, 32 anos. Nota-se, ainda, que 337 (51,60%) eram múltiparas e 421 (64,47%) possuíam ensino superior completo. Verificou-se maior prevalência do parto cesáreo neste hospital, totalizando 634 (97,09%) partos por via alta.

Em relação às análises social e obstétrica dos dados do hospital público (Tabela 2), dentre 2386 parturientes, 1277 (53,52%) encontravam-se na faixa etária entre 21 a 30 anos, com média de idade de, aproximadamente, 27 anos, sendo que 1200 (50,30%) eram primíparas e 900 (37,72%) possuíam ensino médio completo. Verificou-se maior prevalência do parto vaginal neste hospital, que compreendeu 1534 (64,29%) parturientes.

Com relação ao hospital privado, os resultados do teste de qui-quadrado de independência mostraram que o tipo de parto realizado (vaginal ou cesáreo) não possui associação estatisticamente significativa com a faixa etária das parturientes, a paridade e o grau de instrução (p-valor 0,09; p-valor 0,58; p-valor 0,42; respectivamente).

Ao contrário dos resultados estabelecidos acima, o teste de qui-quadrado de independência revelou que, no hospital público, o tipo de parto realizado possui associação estatisticamente significativa com a faixa etária das parturientes, sendo, portanto, variáveis dependentes (p-valor \leq 0,00).

Realizou-se um teste *Post Hoc* de maneira a precisar onde houve tais relações entre o tipo de parto e cada variável. Obteve-se, ainda, através do teste qui-quadrado, ao se realizar uma tabulação cruzada dos dados, a contagem esperada de cada associação. Ademais, visando reduzir erros em estatística, uma correção de *Bonferroni* foi utilizada, havendo a confirmação, portanto, das associações estatisticamente significativas.

Observa-se ao estratificar a faixa etária e comparar com os valores esperados pelo teste, que na faixa etária de

Tabela 1. Perfil social das parturientes do hospital privado, de acordo com o tipo de parto.

Variável	Parto Vaginal		Parto Cesáreo	
	n	%	n	%
Total de Parturientes	19	2,91	634	97,09
Faixa etária (anos)				
10 a 20	2	0,31	13	1,99
21 a 30	6	0,92	204	31,24
31 a 40	11	1,68	392	60,03
41 a 50	0	0	25	3,83
Mais de 50	0	0	0	0
Número de partos				
Primípara	8	1,23	308	47,17
Múltipara	11	1,68	326	49,92
Grau de Instrução				
Analfabeta	0	0	0	0
Ensino Fundamental Incompleto	0	0	3	0,46
Ensino Fundamental Completo	0	0	13	1,99
Ensino Médio Incompleto	0	0	0	0
Ensino Médio Completo	8	1,23	147	22,51
Ensino Superior Incompleto	1	0,15	53	8,12
Ensino Superior Completo	10	1,53	411	62,94
Não Identificado	0	0	7	1,07

Fonte: Elaborada pelos autores

Tabela 2. Perfil social das parturientes do hospital público, de acordo com o tipo de parto.

Variável	Parto Vaginal		Parto Cesárea	
	n	%	n	%
Total de Parturientes	1534	64,29	852	35,71
Faixa etária (anos)				
10 a 20	312	13,08	74	3,10
21 a 30	829	34,74	448	18,78
31 a 40	358	15,00	289	12,11
41 a 50	35	1,47	41	1,72
Mais de 50	0	0	0	0
Número de partos				
Primípara	700	29,34	500	20,96
Múltipara	816	34,20	346	14,50
Não Identificada	18	0,75	6	0,25
Grau de Instrução				
Analfabeta	5	0,21	2	0,08
Ensino Fundamental Incompleto	389	16,30	171	7,17
Ensino Fundamental Completo	155	6,50	95	3,98
Ensino Médio Incompleto	276	11,57	135	5,66
Ensino Médio Completo	551	23,09	349	14,63
Ensino Superior Incompleto	31	1,30	22	0,92
Ensino Superior Completo	48	2,01	37	1,55
Não Identificado	79	3,31	41	1,72

Fonte: Elaborada pelos autores

10 a 20 anos houve ocorrência de 312 partos vaginais e a contagem esperada, obtida através do teste qui-quadrado, foi de, aproximadamente, 248 partos, demonstrando que há uma tendência maior de realização do parto vaginal do que o parto cesárea dentre as mulheres dessa faixa etária. Essa informação é corroborada, quando analisa-se a quantidade de partos cesáreos realizados, $n=74$, e a quantidade esperada desse tipo de parto, $n=137,8$; ou seja, através do teste de qui-quadrado esperava-se maior quantidade de partos cesárea do que o que realmente ocorreu.

De maneira contrária, na faixa etária de 31 a 40 anos, ocorreram 358 partos vaginais e o valor esperado foi de 416, revelando que há uma tendência maior de realização do parto cesáreo do que o parto vaginal dentre as mulheres dessa faixa etária. De igual modo, isso ocorre na faixa etária de 41 a 50 anos, na qual houve ocorrência de 35 partos vaginais e o valor esperado era de, aproximadamente, 49, o que demonstra que nessa faixa etária também há uma tendência maior à realização do parto cesáreo. Não houve associação estatisticamente significativa entre a faixa etária de 21 a 30 anos e o tipo de parto realizado neste hospital público.

Em relação ao tipo de parto realizado no hospital público e a paridade da parturiente, evidenciou-se que também há associação entre essas duas variáveis, possuindo uma relação de dependência, tendo em vista que $p\text{-valor}=0,00$.

No que se refere às primíparas, houve ocorrência de 700 partos vaginais e a contagem esperada foi de,

aproximadamente, 772 partos, revelando que entre as mulheres primíparas há uma tendência maior de realização do parto cesáreo do que do parto vaginal no hospital público investigado, de acordo com o teste qui-quadrado. Essa informação é corroborada ao se observar a quantidade de partos cesarianos realizados, $n=500$, e a quantidade esperada desse tipo de parto, $n=428,5$; ou seja, através do teste de qui-quadrado esperava-se menor quantidade de partos via alta do que o que realmente ocorreu. Porém, ressalta-se que como o presente estudo é de metodologia transversal e descritiva, não se pode estabelecer uma relação de causa-efeito e, portanto, não é possível definir o que motivou a escolha ou indicação da via de parto.

Opondo-se ao retratado acima, ao analisar as parturientes múltiparas, houve ocorrência de 816 partos vaginais e esperava-se, aproximadamente, 747 partos, revelando que as múltiparas tendem a realizar partos vaginais, fato confirmado pelo teste de qui-quadrado que esperava uma realização de, aproximadamente, 415 partos cesáreos, porém o número real foi de 346.

Por fim, ao verificar a associação entre o tipo de parto realizado no hospital público e o grau de instrução das parturientes, o teste de qui-quadrado mostrou que não há associação estatisticamente significativa entre essas variáveis, uma vez que $p\text{-valor}=0,44$; ou seja, o tipo de parto realizado em tal hospital não possui dependência com o grau de instrução da parturiente.

DISCUSSÃO

ASSOCIAÇÃO ENTRE VIA DE PARTO E PARIDADE

Os resultados da presente pesquisa evidenciam que entre as multíparas era esperada a ocorrência de 747 partos vaginais no ano de 2016. No entanto, o número obtido foi superior (816 partos via vaginal).

Em um estudo comparando hospitais de controle a hospitais de intervenção, Faúndes et al. revelou que a grande maioria das mulheres declarou preferir o parto vaginal. Ressalta-se que nos hospitais ditos “de intervenção” foi implantada a estratégia de “segunda opinião” (o médico atendente consulta outro profissional diante da decisão de uma cesárea), com intuito de reduzir as cesarianas desnecessárias. Por outro lado, os hospitais de controle não sofreram nenhuma intervenção.¹⁷ Tendo 9 em cada 10 entrevistadas experimentado ambas as vias de parto; e 3 em cada 4 mulheres sido submetidas somente a cesáreas.¹⁷

No levantamento supracitado, as principais razões apresentadas pelas mulheres para preferirem o parto vaginal ou cesárea foram: 1) Menos dor/sofrimento para a mulher; 2) Recuperação rápida e fácil da mulher; 3) Possibilidade de retornar à vida social/andar logo/ sair do hospital. Nos hospitais de controle, tiveram preferência pela via vaginal: 90,9% das mulheres que experimentaram as vias vaginal e cesárea e 77,8% daquelas que só passaram por cesárea. Algo semelhante ocorreu nos hospitais de intervenção, sendo os percentuais respectivamente: 89,4% e 72,8%.¹⁷

Pode-se estabelecer um paralelo com a presente pesquisa, no sentido de que as mulheres multíparas, ou seja, que experimentaram diferentes vias de parto ou a mesma via mais de uma vez, apresentam a tendência a escolher o parto vaginal. De fato, em uma revisão sistemática e metanálise de autoria de Mazzoni et al., descobriu-se que apenas 16% das mulheres em uma ampla variedade de países expressaram uma preferência pela cesariana. 29,4% das mulheres com cesariana prévia preferiu esta via de parto, enquanto 10,1% daquelas sem cesariana prévia declararam preferir a cesariana.¹⁸

Em estudos transversais brasileiros publicados em 2020, Knobel et al. e Rudey et al. evidenciaram que o grupo 5 de Robson (composto por multíparas com cesariana prévia) compreendeu a maior porcentagem entre as taxas de parto cesáreo no país,^{2,19} possuindo um crescimento anual de 1% (de 29,8% em 2014 para 33,3% em 2017).¹⁹

O principal viés para instituir essa relação seria o fato de que não se realizou entrevistas e, sim, coleta de dados na presente pesquisa. Assim, não há possibilidade de conhecer o real desejo das parturientes a respeito da via de parto, mas tão somente saber o tipo de parto realizado no ano de 2016. Além do que, é sabido que há diversos fatores que influenciam na escolha da via do parto e que trata-se de uma decisão compartilhada e não exclusiva da mulher ou do médico.

Em relação às primíparas, o presente estudo evidenciou sua maior participação nas taxas de cesariana em relação às multíparas, no hospital público. Em um estudo observacional publicado em 2020, Rudey et al analisou taxas de partos cesarianos ocorridos no Brasil entre os anos de 2014 e 2017, com base na classificação de Robson, demonstrando altos valores nos grupos 1 e 2, o que diverge do esperado pelos autores, tendo em vista que tais grupos englobam mulheres nulíparas, com gestações à termo, portanto, sem fatores de risco esperados para a realização do parto cirúrgico.¹⁹

TAXAS DE CESARIANA EM SETORES PÚBLICO E PRIVADO

Como exposto nos resultados, este estudo revelou que, em um hospital cujos atendimentos são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi encontrada a taxa de 35,71% de cesarianas no ano de 2016. De modo semelhante, Barros et al demonstrou uma taxa de 36% de cesáreas nos partos pelo SUS. Já entre os partos pagos pelo setor privado, o percentual de cesarianas foi de 84%.²⁰ O presente estudo encontrou níveis ainda superiores: 97,09% de partos cesarianos em um hospital privado, conforme relatado nos resultados. De maneira análoga, Oliveira et al, ao analisar dados referentes a 920 puérperas, sendo que 485 realizaram o parto pelo sistema público de saúde e 435 pelo sistema privado, evidenciou que a taxa de cesariana foi de 55,5% e 93,8% no SUS e no sistema privado, respectivamente.²¹

Estudos indicam que são outros determinantes, e não a preferência das mulheres, os fatores de maior peso relacionados à cesariana. Em uma pesquisa de Mazzoni et al., mulheres argentinas que expressaram uma preferência pela via vaginal tiveram taxas de cesariana de 34% e 40% em hospitais público e privado, respectivamente. As taxas de cesariana eletiva - distintas entre setores (público e privado) - para mulheres com as mesmas preferências e perfis de baixo risco também sugerem que as diferenças de um setor para o outro na organização do pré-natal e assistência ao parto influenciam taxas de cesariana.²²

Na realidade, a taxa de cesariana ideal é desconhecida: a OMS enfatiza que a cesariana é eficaz em salvar as vidas, tanto da mãe, quanto da criança, mas somente quando indicada por razões médicas.¹⁵ O grande questionamento recai sobre a real necessidade dessa opção pela via alta, algo que vem sendo investigado por muitos autores.

Há uma semelhança entre os serviços de saúde brasileiros, que reflete as transformações profundas das práticas de assistência ao parto e nascimento, ocorridas no século XX, cuja origem está na ascensão da biomedicina. Tais práticas, centralizadas na figura do médico, tornaram-se cada vez mais dependentes de intervenções tecnológicas, difundindo-se um modelo tecnocrático de parir e nascer. O crescimento da utilização da cesárea faz parte desse processo.²³

Em contraponto, o Ministério da Saúde (MS) tem intervindo com políticas para humanizar a assistência ao parto e ao nascimento e adequar os índices de cesárea às recomendações da OMS de 2018, e seguindo evidências científicas que apontam as desvantagens da cirurgia em relação ao parto vaginal, em termos de morbidade e mortalidade materna e perinatal e de gastos para o sistema de saúde.

Entringer et al. revelou que o parto vaginal apresentou menor custo do que a cesariana eletiva para gestantes de risco habitual, independentemente da paridade. Mesmo o parto vaginal espontâneo que considerou probabilidade de cesariana intraparto e consequências em saúde, ainda tinha menor custo que a cesariana eletiva, para as duas populações estudadas.¹⁰ A tendência, portanto, no sistema de saúde pública é reduzir as taxas de cesarianas desnecessárias, com o intuito adicional de controlar gastos – visto que além de um procedimento cirúrgico ser mais dispendioso, as complicações (maternas ou neonatais) advindas deste também encarecem a assistência à parturiente.²³

IDADE E INSTRUÇÃO MATERNAS EM RELAÇÃO À VIA DE PARTO

No presente estudo, visou-se verificar se havia uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis: a)

idade; b) paridade; c) grau de instrução. Destaca-se idade e instrução para análise dos dados encontrados. No hospital privado, o tipo de parto não esteve associado à idade ($p=0,09$) ou instrução ($p=0,42$) e nem mesmo paridade ($p=0,58$). De modo parecido, outro estudo obteve nível de significância $p>0,05$ em cada associação que tentou estabelecer entre as variáveis (idade, cor de pele auto-declarada, escolaridade e índice do quintil de riqueza ou *wealth quintile index*, este último tratando-se de uma medida de nível socioeconômico em pesquisas) e a taxa de cesariana entre parturientes do setor privado.²⁰

Entretanto, quando se analisa dados sobre as parturientes do sistema público de saúde, há associação da variável idade com o tipo de parto em ambos os estudos. Na presente pesquisa, as mulheres atendidas neste setor com idade superior a 31 anos foram mais propensas a realizarem o parto cesariano; tal evidência vai ao encontro do artigo supracitado: quanto maior a faixa etária, superior é a taxa de cesáreas.²⁰ Em um estudo em comunidades indianas economicamente desfavorecidas, Gondwe et al. revela esta mesma tendência: percebe-se uma queda percentual da participação das mulheres jovens (idade ≤ 24 anos) nas taxas de cesárea, quando se compara às taxas de via vaginal. Todavia, parturientes com mais de 25 anos representam 24,6% dos partos via vaginal e 29,8% dos partos cesáreos.²⁴

Em outro estudo, Ecker et al. revela o aumento das taxas de cesariana com o avanço da idade materna (<25 anos: 11,6%; ≥ 40 anos: 43,1%).²⁵ Também foi mostrado que estas tinham mais propensão à cesariana sem entrar em trabalho de parto (<25 anos: 3,6%; ≥ 40 anos: 21,1%).²⁵ Ainda permaneceu esta tendência entre as que tiveram trabalho de parto espontâneo ou induzido (<25 anos: 8,3%; ≥ 40 anos: 30,6%).²⁵

Mulheres na faixa etária de 10 a 20 anos apresentaram maior tendência à realização do parto vaginal do que o parto cesáreo. Semelhantemente, ao estudo de Knupp et al, no qual as maiores taxas de parto vaginal foram encontradas nas mulheres na faixa etária entre 15 e 19 anos (71,6%).²⁶

Quanto à variável instrução, o tipo de parto realizado no hospital público não possui relação de dependência com o grau de instrução da parturiente. Sabe-se que a literatura tem associado este fator ao poder aquisitivo desta população; o que impacta o acesso aos serviços de saúde, bem como a compra de bens materiais.²⁶ Artigos que investigam populações heterogêneas (tanto mulheres atendidas em hospitais públicos, quanto em privados), encontram associação entre escolaridade e via de parto devido a essas diferenças sociais. Então, a falta de influência do grau de instrução neste contexto sugere que esta variável estaria mais relacionada à capacidade da gestante de arcar com custos de acompanhamento pré-natal e assistência ao parto em certas instituições, do que propriamente à escolha da via de parto, no momento do mesmo.

O que se vê é que, em se tratando de atendimento particular, tanto as variáveis selecionadas no presente estudo quanto aquelas contidas nos estudos referenciados, não parecem ter um peso que modifique as altas taxas de cesariana. Enquanto, em atendimentos financiados pelo SUS, essas variáveis sugerem ter um certo poder sobre a decisão da via de parto.

A FALTA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS E A VIA DE PARTO NO HOSPITAL PRIVADO

Um estudo de revisão destaca o papel das atuais pesquisas em revelar como as mulheres com nível socioeconômico mais alto, maior escolaridade e usuárias do setor privado são

as que mais realizam cesarianas.²³ As taxas exorbitantes de cesarianas no setor privado (97,09% no presente estudo) não poderiam encontrar explicação em indicações obstétricas, somente; visto que este grupo é o que mais tem acesso à saúde e o menor risco gestacional.

Nakamura-Pereira et al, ao analisar as taxas de cesariana em relação à classificação de Robson em mulheres brasileiras, conclui que no setor público os índices de cesárea são estatisticamente superiores nas mulheres com alto risco obstétrico, quando comparadas com as de baixo risco. Por outro lado, no setor privado não houve resultados estatisticamente significativos, visto que em relação às mulheres de alto risco obstétrico, 92,8% realizaram cesárea e naquelas com baixo risco, essa porcentagem foi de 86,3%.²⁷

Ressaltando a influência do nível socioeconômico no tipo de parto, Rudey et al. faz um paralelo entre as altas taxas de cesariana nas regiões com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o fato de que essas regiões apresentam maior desenvolvimento econômico e uma maior população utilizando o setor privado de saúde em relação ao setor público.¹⁹ De maneira semelhante, Knobel et al encontra maiores taxas de partos via alta nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, ressaltando que a utilização do setor privado nessas regiões é maior quando comparada a outras regiões do país.² O estudo afirma ainda que um maior nível de escolaridade, um maior nível socioeconômico e o fato de viver em áreas urbanas podem colaborar com as altas taxas de cesárea encontradas nessas regiões.²

Um estudo brasileiro apontou que cerca de 1/3 dos diagnósticos dados a mulheres, as quais declararam sua preferência pela via vaginal, não eram na realidade consideradas reais indicações médicas.²⁸ Os autores ainda questionaram a proporção de mulheres que receberam tais indicações, porque seria muito alta para ser plausível, baseando-se em evidências científicas.²⁸ Potter et al destacou uma de suas interpretações para este fenômeno: os médicos, convencidos de que as gestantes estavam equivocadas quanto à sua preferência pela via vaginal, teriam apresentado indicações obstétricas (que na maioria dos casos, não existiam), a fim de proteger mãe e feto deste equívoco materno; além do que, uma cesariana eletiva facilitaria sua rotina médica.²⁸

De acordo com Riscado et al, como pacientes e profissionais de saúde estão inseridos num contexto capitalista, o parto e o nascimento mudaram de figura e a cesárea tomou um novo significado no Brasil: produtividade. Ela pode ser realizada em menor tempo e gerar uma maior lucratividade, devido a maiores despesas hospitalares.²³ Uma revisão sistemática e metanálise concluiu que há uma probabilidade maior de realização de cesarianas em mulheres com seguro privado de saúde, em comparação àquelas com seguro de saúde financiado pelo setor público.²⁹

Quanto ao modelo de assistência, um estudo brasileiro descreve que no setor privado, quando ocorre o trabalho de parto, o médico precisa estar disponível para acompanhar a gestante ao hospital e aguardar o nascimento, abdicando de questões profissionais e pessoais, atendendo de forma exclusiva uma gestante e sendo necessário leitos hospitalares sempre disponíveis.¹⁰ Conclui ainda que tal forma de organização do parto na Saúde Suplementar mostra ser um obstáculo para a realização do parto vaginal, além de impactar o custo dos procedimentos.¹⁰

Valendo-se destes fatos, a literatura a respeito do assunto argumenta que a expressão “real preferência” pela via de parto, por si só, é problemática, pois há uma enorme gama de processos sociais que precisam ser levados em conta. Não

pode haver uma escolha “livre”, porque não é possível tal “desconexão” de um contexto macrocultural e macrosocial, no qual a mulher está inserida.²³

PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

O estudo em questão, ao comparar os índices de partos cesárea e vaginal entre os hospitais locais do setor público e privado, possibilita uma visão crítica a respeito das altas taxas de parto cirúrgico em ambas instituições, favorecendo correlações entre tais valores e fatores específicos elencados (idade, nível de escolaridade e paridade da mulher). Dessa forma, a pesquisa não se limita a evidenciar apenas um retrato dos percentuais de cada tipo de parto nas instituições, mas permite que tais valores sejam confrontados com cada variável. Neste contexto, o estudo vai ao encontro das recomendações da OMS, que afirmam a necessidade de monitorização das taxas de cesárea dos hospitais de maneira a levar em consideração as características próprias das mulheres atendidas em cada local.⁴

Este estudo tem algumas limitações. Apesar do intuito primário dos autores não ser avaliar os índices das vias de parto em relação à classificação de Robson, sabe-se que tal classificação é sugerida atualmente pela OMS. Dessa forma, cabe ressaltar que dois dos fatores propostos para a estratificação materna (idade e nível de escolaridade) não são contemplados nos grupos de Robson. Ademais, os dados fornecidos pelos hospitais analisados não continham os parâmetros obstétricos utilizados por tal classificação, impossibilitando uma análise mais abrangente por parte dos autores. Por fim, outro fator limitante do estudo é o local, tendo em vista que baseou-se em apenas dois hospitais do município, sendo necessária a realização de estudos semelhantes em outras regiões, com o intuito de conquistar dados mais precisos sobre a realidade brasileira.

CONCLUSÃO

Os dados revelam que no hospital privado não foi estabelecida relação significativa das taxas de cesariana e parto vaginal com as variáveis analisadas, demonstrando que em tal instituição, a alta taxa de parto cirúrgico não sofre modificação com tais características maternas, verificando-se que há outros determinantes influenciadores desse processo, como o financiamento da assistência ao parto.

Por outro lado, no serviço de iniciativa pública, houve associação estatística significativa entre a faixa etária das parturientes e a paridade com as vias de parto, não apresentando relação importante com o nível de escolaridade. Percebeu-se que as mulheres com idade superior a 31 anos, bem como as primíparas, possuíam uma tendência a realizar parto cesáreo, quando comparado com a contagem esperada desta via de parto em relação a essa faixa etária e paridade, respectivamente. Ressalta-se, ainda, que o nível de escolaridade materna não apresentou influência na via de parto em ambos os hospitais.

Diante dos resultados apresentados, observa-se que tanto no setor público quanto no privado as taxas de cesarianas são altas, não justificando-se apenas por critérios obstétricos. Dessa forma, torna-se essencial a adesão às recomendações propostas em 2018 pela OMS, principalmente no que se refere às organizações e unidades de saúde, com o intuito de reduzir os partos cesarianos desnecessários. Os autores salientam que as medidas devem ser tomadas não objetivando a realização do parto vaginal “a todo custo”, mas

sim, adequando a indicação do parto cesáreo às evidências científicas, individualizando os casos.

REFERÊNCIAS

1. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21: 458-66.
2. Knobel R; Lopes TJP; Menezes MO. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification [published online ahead of print, 2020 Jun 19]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;10.1055/s-0040-1712134. doi:10.1055/s-0040-1712134
3. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos [internet]. Brasil: Secretaria de Vigilância em Saúde [Accessed July 30, 2020]. Available at <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>.
4. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Betran AP; Torloni MR; Zhang JJ et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG* 2016; 123: 667-70
6. Torloni MR, Betran AP, Souza JP et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE* 2011;6(1):e14566.
7. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev* 2001;12:23-39.
8. Kingdon C, Downe S, Betran AP. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section targeted at organisations, facilities and systems: Systematic review of qualitative studies. *PLoS ONE* 2018; 13(9): e0203274.
9. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica*. 2017;51:105.
10. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(5):e00022517
11. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007; 11:98-104.
12. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324:1-6
13. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L et al.. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26:791-8.
14. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* 1991; 7:150-73.
15. WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean births. Geneva: World Health Organization; 2018.
16. Opiyo N; Kingdon C; Oladapo OT et al. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bull World Health Organ* 2020;98:66-8.

17. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública* 2004; 38: 488-94.
18. Mazzoni A, Althabe F, Liu N et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011;118:391-9
19. Rudey EL; Leal MC; Rego G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. *Medicine* 2020; 99:1-7
20. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública* 2011;45:635-43.
21. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES et al. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50:733-40.
22. Mazzoni A, Althabe F, Gutierrez L et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016;16:34
23. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(1):e3570014.
24. Gondwe T, Betha K, Kusneniwar GN et al. Maternal Factors Associated with Mode of Delivery in a Population with a High Cesarean Section Rate. *Journal of Epidemiology and Global Health* 2019; 9: 252-8.
25. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES. Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:883-7.
26. Knupp VMAO, Melo ECP, de Oliveira RB. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Esc. Anna Nery* 2008; 12(1):39-44.
27. 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. *Reprod Health* 2016;13:246-65.
28. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008;35(1):33-40.
29. Hoxha I, Syrogiannouli L, Braha M, et al. Cesarean sections and private insurance: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017;7:e016600